



AHORA, **la Salud**

Año 3 • Nº 17 • Diciembre de 2006 • Edición Especial de Fin de Año • Revista de distribución gratuita

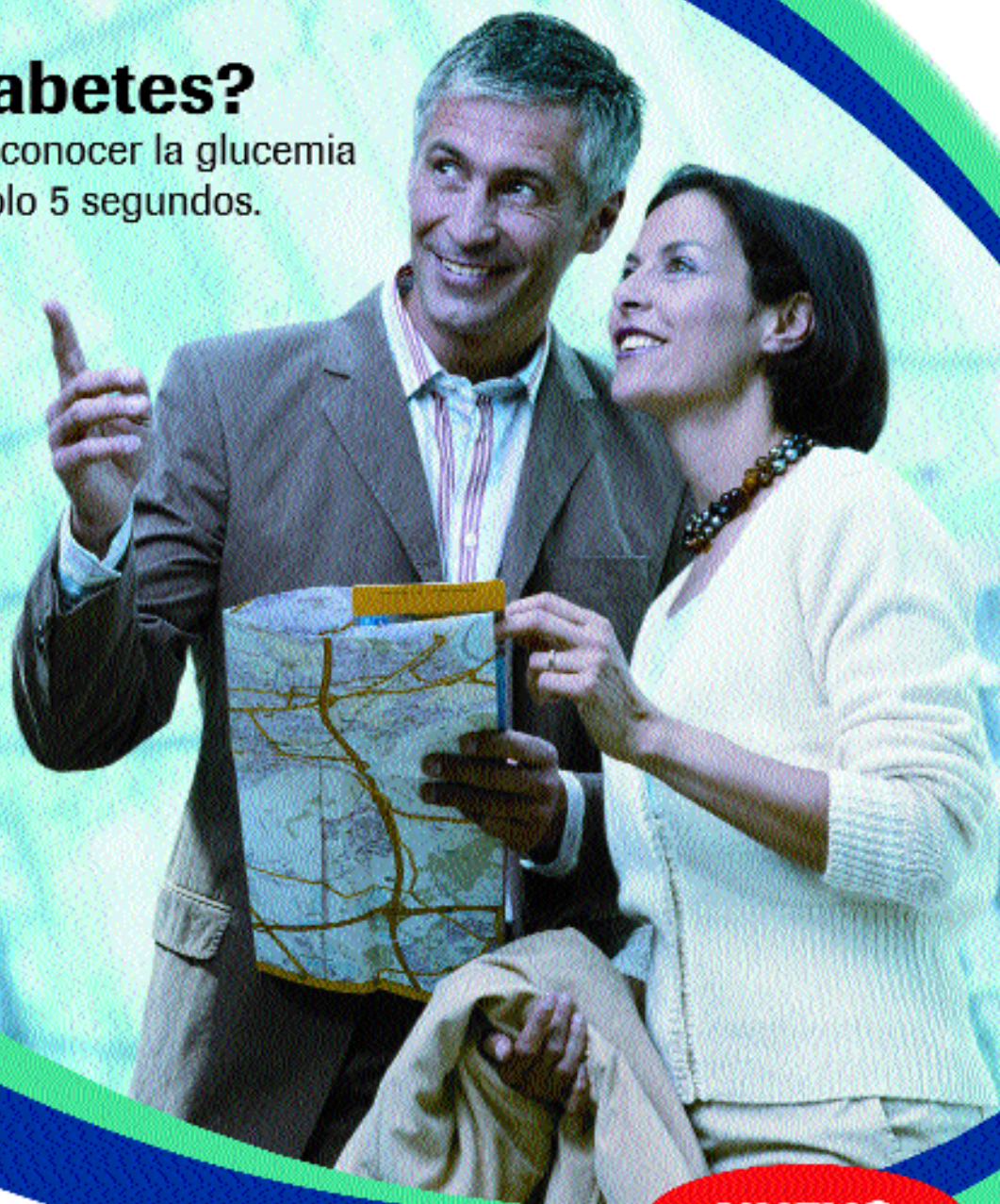
PREVENCIÓN
DEL CÁNCER DE
CUELLO DE ÚTERO

Quando el amor y la salud se unen

Nueva vacuna
preventiva del virus
HPV llega a nuestro
país. ¿Será la solución
para este flagelo
mundial?

Diabetes?

Para conocer la glucemia
en solo 5 segundos.



¡NUEVO!



Máxima tecnología

ACCU-CHEK[®] Active

5 segundos y listo.

 **Roche** Diagnostics

ACCU-CHEK[®]
Viví la vida libremente



PRESIDENTE
SR. RAMON FELIPE CARRERAS



LA REVISTA ES UNA PUBLICACION
DE LA FUNDACION ABC

DIRECTOR
SR. RAMON FELIPE CARRERAS

Fundación ABC:
Av. Jujuy 615, 1er piso (1229)
Ciudad de Buenos Aires - Argentina
Tel./fax: (54-11) 4941-1001
Página web: www.abcsalud.com.ar
E-mail: abcsa@abcsalud.com.ar

Edita y comercializa:



Editorial Biotecnológica S.R.L.

GERENTE:
FACUNDO LUGONES

DISEÑADORA:
MARIA VICTORIA XIMENES

EDITOR DE FOTOGRAFIA:
FERNANDO LUGONES

COLABORADORES PERIODISTICOS:
LIC. CONSTANZA CHATTAH
LIC. JUAN CARLOS RIVERA

Editorial Biotecnológica S.R.L.:
Av. Asamblea 43 (C1424COA), Ciudad
de Buenos Aires. Tel./fax: (54-11)
4925-6600/0358/0394. E-mail:
administracion@editorialogica.com.ar

Salud y Educación

Por un sistema sin fronteras



Una sociedad que no elimina las “fronteras sociales” o trabas de acceso no logrará jamás la estatura moral requerida para ser reconocida como tal. En la foto, la Ruta Provincial nro. 11, en El Calafate, rumbo al Chaltén, en Santa Cruz

Los argentinos, que desde el nacimiento mismo de la historia independentista estamos enfrascados en posiciones antagónicas, más allá de las diferentes concepciones políticas, coincidimos en la visión de anteponer la salud y la educación por sobre las demás responsabilidades, sean individuales y/o colectivas.

Es por ello que a lo largo del tiempo no han habido gobiernos que negaran la importancia de defender políticas que garanticen el bienestar sanitario y la formación educativa de

todo habitante de nuestro suelo. Sin embargo así como se necesitan pocas palabras para decirlo, no siempre se ponen en juego las requeridas para poder concretar el discurso en realidad.

El escenario actual de un estado nacional, dejando atrás una de las mayores crisis de la historia argentina, nos acerca a los tiempos impostergables de reformular la estrategia nacional, con la instrumentación de herramientas de gestión que permitan subsanar las desigualdades e inequidades existentes, tanto en salud como en educación.



El acceso a la salud es un derecho inalienable de todos los argentinos, desde Ushuaia hasta La Quiaca. En la foto, una niña jujeña en esa ciudad fronteriza del norte de nuestro país

El desarrollo sustentable y sostenible de políticas prioritarias no depende exclusivamente de la inversión presupuestaria sino de los instrumentos de gestión que aseguren una eficiente y eficaz adjudicación de recursos bastando, como ejemplo, recordar que Argentina ostenta uno de los más altos gastos en salud por habitante; sin embargo los indicadores sanitarios no reflejan el tamaño de la inversión.

La tasa de mortalidad infantil no es la misma en Capital Federal que en el conurbano bonaerense; el acceso educativo no es el mismo en la ciudad de La Plata que en las Altas Cumbres cordobesas; éstas son las desigualdades (inequidades) que los presupuestos sin gestión no han podido ni podrán subsanar. Cuando no importa cómo sino cuánto, renegamos de la gestión como herramienta e impedimos que los más desprotegidos puedan superar la frontera del acceso equitativo para insertarse formalmente en una sociedad que parece condenarlos desde la cuna.

El asistencialismo, eufemismo para denominar tanto la falta de gestión como la cultura de vivir de la dádiva, no solo ha ido carcomiendo la dignidad de la nación sino que no ha dado respuesta a esta desigualdad. Esta verdad traduce la mayor inequidad y perversión de los sistemas políticos, puesto que los "indefensos" (alejados de los grandes centros poblacionales, niños, ancianos, discapacitados, etc.) sucumben ante el peso de la prepotencia de quienes se saben "fuertes" en el juego de los intereses.

Una sociedad que no elimina las "fronteras sociales" o trabas de acceso no logrará jamás la estatura moral requerida para ser reconocida como tal, más allá de todas las buenas intenciones declamadas sea en el discurso, sea en el conjunto de normas regulatorias. En el campo de la salud y la educación, los avances resolutivos y/o conceptuales, deben –necesaria y obligatoriamente– acompañarse de herramientas de gestión que aseguren la eliminación de las desigualdades de acceso.

"**AHORA, la Salud**" no pretende –ni es tampoco su objetivo como órgano de expresión de la Fundación ABC– fijar las políticas, pero sí es su deber contribuir con los aportes que estime convenientes para propender al saneamiento moral del país. Es en esta línea de pensamiento que, dejando la política en manos de quienes ejercen el poder, reclamamos que la misma se acompañe de una gestión eficaz y eficiente ejecutada por quienes tengan la capacidad, la experiencia y los cuerpos profesionales para eliminar las fronteras internas.

Un país rico como el nuestro no puede ni podrá crecer sin hombres y mujeres alfabetizados y con buena salud. Para pensar en un desarrollo sustentable que nos cuente entre los Países del Mundo con Desarrollo, Educación, Trabajo y Salud son imprescindibles.



*Con el trabajo y esfuerzo de todos, recuperamos la sonrisa.
Que el espíritu navideño nos ilumine a todos
para ser más justos y solidarios.*

Feliz 2007

es el deseo de



Sumario

EDITORIAL: SALUD Y EDUCACION

Por un sistema sin fronteras

3



ENTREVISTA CON EL SUPERINTENDENTE DE SERVICIOS DE SALUD

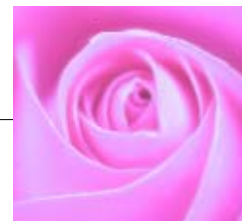
El desafío de integrar la seguridad social

10

CANCER DE CUELLO UTERINO

Nuevas tecnologías de prevención

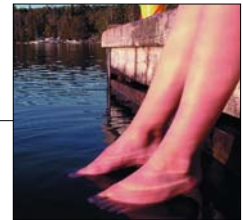
16



DIABETES

Navidades de celebraciones verdaderas

22



DIABETES

Todos vacacionan menos ella

28



DIABETES

Dr. Costa Gil: obesidad

32



TRASPLANTE HEPATICO

Dr. Perichón: "Lograr las cosas no alcanzadas"

36



DERMATOLOGIA

Bronceado: cómo cuidar su piel

42



DIA MUNDIAL DE LA LUCHA CONTRA VIH/SIDA

Hacer llegar la terapia a quienes la necesitan

46



CURSO DE SALUD PARA LA MADRE EMBARAZADA

Disminuye las complicaciones del parto

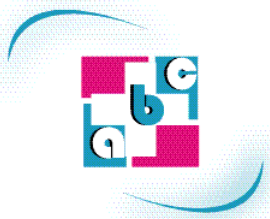
50



HEPATITIS C

Novedades terapéuticas

54



ABC S.A.

A LAS AUTORIDADES NACIONALES

**Sr. Ministro del Interior de la Nación
Dr. Cr. ANÍBAL DOMINGO FERNÁNDEZ**

**Sr. Ministro de Salud de la Nación
Dr. GINÉS GONZÁLEZ GARCÍA**

**Sr. Superintendente de Servicios de Salud
Sr. HÉCTOR ADRIÁN CAPACCIOLI**

**Sr. Gerente General de la Administración de Programas Especiales (APE)
Dr. JUAN ANTONIO RINALDI**

Presidentes de Obras Sociales Sindicales

Presidentes de Obras Sociales Provinciales

Presidentes de Empresas de Medicina Prepaga

- El día domingo 26 de noviembre del corriente, a las 7.00 horas de la mañana, delincuentes uniformados con vestimenta policial ingresaron en forma violenta en nuestro local "DROGUERIA ABC", ubicado en la Avenida Garay 4138 de esta Capital Federal, luego de reducir a la guardia de seguridad que se encontraba dentro del mismo.
- Estos delincuentes portaban armas de grueso calibre y contaban con un importante equipamiento de intercomunicadores que les permitía tomar contacto con el exterior del local, lo que denotaba que contaban con apoyatura externa.
- Una vez violados los accesos a nuestro establecimiento, ingresaron con CUATRO (4) vehículos de transporte, procediendo a robar (TREINTA Y TRES MIL) 33.000 unidades de medicamentos destinados al tratamiento de patologías crónicas de Alto Costo.

ALERTA A LA POBLACIÓN

- La medicación sustraída podría poner en serio riesgo la salud de miles de ciudadanos, en su carácter de pacientes beneficiarios de distintas Obras Sociales y/o empresas de medicina prepaga, que se encuentran bajo la supervisión y el control de los organismos del Estado, más arriba mencionados.
- La inseguridad omnipresente en la Ciudad de Buenos Aires queda una vez más de manifiesto en este operativo de tipo comando y resulta altamente preocupante para quienes habitamos la misma, habida cuenta que los productos robados podrían llegar al alcance de cualquier persona, sin control alguno.
- La empresa aguarda una rápida y profunda investigación de todos los hechos arriba informados por parte de las autoridades a las que se dirige la presente, tendientes a su total esclarecimiento, así como una respuesta efectiva a esta denuncia.
- Toda la información adicional respecto a la medicación robada puede ser consultada en nuestra página web: www.abcsalud.com.ar/solicitada2006
E-mail: abcsa@abcsalud.com.ar





Droguería ABC
Centro de abastecimiento de
medicamentos para patologías de alto costo
Tel.: (011) 4925-2800/5200
Email: drogueria_abc@abcsalud.com.ar



Entrevista con el Superintendente de Servicios de Salud

2007: el desafío de integrar la seguridad social

LA INTEGRACION DE OBRAS SOCIALES NACIONALES Y PROVINCIALES Y PAMI, QUE JUNTAS REUNEN 25 MILLONES DE ARGENTINOS; Y LA PROBABLE REGULACION DEL PRECIO DE CUOTAS Y DE CALIDAD DE ATENCION MEDICA BRINDADA POR EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA SON PRINCIPALES COMPROMISOS EN LA AGENDA 2007 DEL SUPERINTENDENTE HECTOR CAPACCIOLI

Por Facundo Lugones

De la Redacción de **AHORA, la Salud**



“Lo fundamental es empezar a trabajar en una base de datos en común, que no haya multiplicidad de prestaciones, que podamos unificar los aportes y sobre todo que el sistema sea más accesible”, dijo el Superintendente en referencia al acuerdo con las obras sociales provinciales y el PAMI



El Superintendente de Servicios de Salud, Héctor Adrián Capaccioli, luce chomba azul con rayas blancas, pantalón y zapatos negros sport. Está parado en el centro de su amplio despacho, junto a uno de sus colaboradores, y ultima detalles de la reunión que tendrá más tarde con el Presidente Néstor Kirchner. Luego de la entrevista con *AHORA, la Salud*, cruzará caminando la Plaza de Mayo, rumbo a la Casa Rosada, para analizar con el primer mandatario las acciones para garantizar la salud de 15 millones de argentinos, beneficiarios de obras sociales nacionales, cuya regulación y control ejerce la Superintendencia.

"Nos planteamos como eje fundamental tratar de integrar el sistema de salud. Hemos dado un paso muy importante al haber firmado un acuerdo con las obras sociales provinciales y el PAMI, donde nos comprometemos a empezar a transitar ese camino de integración", explica el funcionario.

Se trata de un compromiso en la agenda 2007 de Capaccioli, que tiene una importancia histórica para el sistema de salud de nuestro país, ya que se avanzaría en la integración de los tres principales financiadores del sector: obras sociales nacionales, provinciales y de los jubilados. Juntas reúnen a 25 millones de argentinos.

"Lo fundamental de esta reunión es empe-

Las obras sociales nacionales constituyen la seguridad social, único de los subsistemas que tiene un organismo de control y fiscalización, la Superintendencia de Servicios de Salud, cuyo edificio está situado en la avenida Roque Sáenz Peña 530, en la Ciudad de Buenos Aires

¿COMO ESTA CONSTITUIDO EL SISTEMA DE SALUD?

El sistema de salud de nuestro país se divide en los subsistemas público, privado y de la seguridad social, según se explica en la Tercera Carta Compromiso con el Ciudadano de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

El subsistema público tiene como beneficiarios a aquellas personas que no tienen una cobertura de salud específica, sino a través de los efectores públicos, como los hospitales y centros de atención primaria de la salud. La financiación es pública, a través de los impuestos.

El subsistema privado (empresas de medicina prepaga) tiene como beneficiarios a aquellas personas que pagan una cuota regular, generalmente mensual, y acceden a una cobertura de carácter privado. Este sistema debe brindar la atención médica cubriendo el Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente a la fecha y la cobertura de medicamentos de 40 %, 70% y 100%, según corresponda, como determina la Resolución 310/2004 del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Por otra parte, las obras sociales nacionales constituyen la seguridad social, único de los subsistemas que tiene un organismo de control y fiscalización, la SSS. Entre los objetivos de la Superintendencia se encuentran dictar las normas para regular y reglamentar los servicios de salud; controlar el funcionamiento de las obras sociales y de otros agentes del seguro de salud, de los prestadores médico-asistenciales que se incluyan; y aprobar el programa de prestaciones médico asistenciales y controlar el presupuesto de gastos y recursos para su ejecución. Actualmente, no se encuentran bajo la órbita de la SSS las obras sociales provinciales, las de los Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, las de las Fuerzas Armadas o la Policía Federal, las mutuales y las empresas de medicina prepaga (que no están reguladas por el sistema, pero sí están obligadas a la cobertura prestacional del PMO), entre otros. Estos organismos pueden adherir voluntariamente al sistema.

“LA POLÍTICA DE MEDICAMENTOS TIENE QUE SER DINÁMICA Y ESTAR ADAPTADA A LA VELOCIDAD CON QUE LA TECNOLOGÍA NOS VA BRINDANDO NUEVAS POSIBILIDADES PARA UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA”

zar a trabajar en una base de datos en común, que no haya multiplicidad de prestaciones, que cada uno tenga la prestación que necesita, que no tengan dos prestaciones en un lugar y cero en otro, que podamos unificar los aportes y sobre todo que el sistema sea más accesible. Hemos también acordado la posibilidad de un sistema de compras conjunto, ya que se hace más eficiente por volumen, calidad y región. A corto plazo los beneficiarios van a ver los beneficios de un sistema integrado”.

La prevención de patologías crónicas y dolencias agudas es otro de los fines que está impulsando la SSS. “Estamos tratando de modificar los hábitos de las obras sociales para que en lugar de dedicarse exclusivamente al tratamiento de la enfermedad, empiecen a invertir en prevención, promoción y atención primaria”.

- ¿En qué sentido concretamente?

- Hemos hecho dos eventos muy importantes articulando toda la seguridad social tratando de hacer un operativo conjunto para lograr un millón de muestras de presión arterial, colesterol y glucemia. Todos sabemos que la

principal causa de mortalidad de nuestro país, deriva de los problemas cardíacos. Cuando se detectan precozmente estas dolencias, cuando son síntomas y aún no patologías, se pueden corregir a tiempo modificando hábitos o con medicación de muy baja incidencia. Cuando lamentablemente un argentino ingresa en un centro asistencial con un accidente cerebrovascular, aparte de ser carísimo para la seguridad social, ese argentino tiene una muy mala calidad de vida. Otro logro de la gestión es que empezamos a trabajar en la prevención y la promoción (de la salud) asignándole recursos genuinos. Con todas aquellas obras sociales que brindan atención primaria, a través de la detección, estamos tratando de tener un mapa de las enfermedades prevalentes de cada una de estas instituciones.

- ¿Algún otro logro?

- El tema de medicina prepaga que nosotros lo habíamos anunciado y esperamos que ese millón y medio de argentinos que son usuarios de la medicina prepaga tengan el control de la Superintendencia. Estamos en estos días

PUNTOS CLAVE DEL PROYECTO DE REGULACIÓN DEL SUBSISTEMA PRIVADO DE SALUD

Al cierre de esta edición, Diputados trataba el proyecto de regulación de las empresas de medicina privada y obras sociales que tienen afiliados voluntarios, según publicó el diario Clarín el 25 de noviembre último. Actualmente el subsistema privado brinda cobertura médica a 2,6 millones de personas y no está regulado por la Superintendencia de Servicios de Salud. No obstante las empresas de medicina prepaga sí están obligadas a la cobertura prestacional del Programa Médico Obligatorio de Emergencia. Los ejes del proyecto de ley, en tratamiento en Diputados, son los siguientes:

- Define como prepagas a todas las empresas que brindan prestaciones médicas, odontológicas y/o farmacéuticas con servicios propios o de terceros. Comprende a contratos individuales o grupales, de usuarios que se asocian en forma voluntaria mediante el pago de una cuota. Incluye a las obras sociales por la parte de las adhesiones voluntarias.

- Las empresas deberían cubrir el Programa Médico Obligatorio (PMO). Sólo se admitirían coberturas parciales en los casos de emergencias y odontología.
- La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) y la Subsecretaría de Defensa del Consumidor serían las autoridades de control.
- La Superintendencia tendría facultades para determinar el capital mínimo, las condiciones técnicas, de solvencia financiera, de capacidad de gestión y prestacional, decidir sobre planes de los servicios de cada prepaga y fijar los períodos de carencias.
- En el caso de las personas de más de 65 años, la SSS debería definir los porcentajes de aumento de costos para los distintos rangos de edad. Pero los mayores de 65 años que tengan una antigüedad como afiliado superior a 10 años no podrían sufrir aumento de la cuota.
- Las cuotas y sus variaciones deberían ser aprobadas por una Comisión Permanente.

anunciando el proyecto de ley (leer recuadro "Puntos clave del proyecto de regulación del sistema privado de salud") y esperamos que podamos decirlo no como un anhelo sino como un logro de la gestión. Por lo menos está teniendo tratamiento parlamentario.

La recaudación del sistema y de las obras sociales se vio incrementada, producto de las políticas públicas y activas que tuvo el Presidente de la Nación: se incluyó a más 1.200.000 argentinos en el mercado laboral, se dio aumentos de sueldo sin que se trasladasen a la inflación. Es un momento oportuno para tratar de modificar los efectos negativos que tenía el sistema, sobre todo con el corte de servicios y con la falta de integración.

-A principios de este año, ustedes plantearon los lineamientos de una nueva política pública de medicamentos orientada a la seguridad social. ¿Han avanzado en este sentido? ¿Tiene algo previsto para 2007?

-La política de medicamentos tiene que ser dinámica y estar adaptada a la velocidad con que la tecnología y el desarrollo nos van brindando nuevas posibilidades para tener mejor calidad de vida. Si hay medicamentos que mejoran los tratamientos de determinadas patologías severas o complejas, la responsabilidad de la función pública es que haya una comisión que vaya viendo cuáles son los impactos que tienen estas modificaciones y que los vayamos incorporando. También uno tiene la responsabilidad de saber cómo se financian porque el precio de este tipo de medicamentos, por ejemplo para patologías oncológicas, hace que si son de cobertura obligatoria el sistema se desfinancia. Las obras sociales podrían volver a tener un colapso económico. Así que estamos viendo primero la incorporación responsable y luego cómo se financia este tipo de nuevas terapéuticas.

La política de medicamentos es de nivel nacional, que trabajamos en conjunto con el ministro de Salud de la Nación. Hemos dicho a principios de este año de homenaje al Dr. Ramón Carrillo, que el único medicamento eficaz es el medicamento accesible. En eso las obras sociales estamos trabajando fuertemen-



“Cuando lamentablemente un argentino ingresa en un centro asistencial con un accidente cerebrovascular, aparte de ser carísimo para la seguridad social, ese argentino tiene una muy mala calidad de vida”, afirma Capaccioli. De ahí la importancia de las tareas de prevención

te para que sean cada vez más amplios los vademécums y la cantidad de efectores farmacéuticos que nos prestan servicios.

-Con respecto a las empresas de medicina prepaga, ¿qué planes tienen en relación al control de precios de cuotas y de calidad de la atención médica?

-Primero hay que entender que esta es una ley que no contempla al sujeto social que presta el servicio (de atención médica) sino al objeto de la prestación. Escuché varios empresarios de la medicina prepaga decir que se trata de seguros individuales con contratos libremente firmados entre un ciudadano libre y una empresa o una organización. Nosotros decimos que estos son contratos individuales pero que no deben ser de riesgo variable porque se presta un servicio médico asistencial. El Estado tiene la obligación de controlar la calidad de los servicios y de cuidar los intereses de los usuarios, no solo en lo que hace a la fijación del valor de la cuota del plan sino también en el alcance de los tratamientos. Queremos una medicina prepaga que no hable de carencias, que no tenga como regalo de cum-



Deseamos que el 2007 nos encuentre trabajando junto a los prestadores del importante sector de medicamentos, como es el caso de ABC, a los empresarios de la medicina prepaga, a los directores y auditores médicos de las obras sociales"

pleaños para sus usuarios el aumento de cuota, porque al aumentar la edad aumenta el riesgo. Queremos que el usuario tenga acceso a la salud en todos los momentos de su vida. Estos son los lineamientos del proyecto de ley que el oficialismo está tratando en Diputados.

- ¿En enero van a aumentar las cuotas de las prepagas?

- Nuestra impresión es que estamos logrando puntos de consenso y acuerdo. Nosotros en-

tendemos que si bien hubo aumento en los costos de la medicina, los aumentos anunciados son más importantes que los aumentos en el costo de vida. Así que creemos que tenemos que abrir una ronda de negociaciones con los empresarios serios de la medicina prepaga para que a partir de la promulgación de esta ley, cuidar la salud de los usuarios y también sus bolsillos, llegemos a un acuerdo.

- ¿Qué planes tienen para 2007?

- Los objetivos a cumplir son que todos los argentinos usuarios de los sistemas de salud tengan un sistema accesible e integrado, de cara a resolver los problemas y cuidar la salud. Ese es el gran desafío, que empecemos a hablar del cuidado de la salud de los trabajadores y sus familias, no únicamente del tratamiento de las patologías que tienen.

- La revista de la Fundación ABC llega a 15.000 beneficiarios de la seguridad social y usuarios de medicina prepaga, además de sus directores y auditores médicos. ¿Hay alguna otra información que quiera hacerles llegar?

- Deseamos que el 2007 nos encuentre trabajando junto a los prestadores del importante sector de medicamentos, como es el caso de ABC, a los empresarios de la medicina prepaga, a los directores y auditores médicos de las obras sociales. Que nos encuentre trabajando para consolidar un sistema más justo, para ser más eficientes en la administración de los recursos de los trabajadores. Que el 2007 sea un muy buen año para todos.



PERFIL DE HÉCTOR CAPACCIOLI: DE RADIO AMÉRICA A LA SUPER, UN LARGO CAMINO

Héctor Adrián Capaccioli es un claro exponente de la nueva dirigencia política argentina. Tiene 48 años y comenzó recientemente su experiencia en la función pública, en septiembre de 2003, como asesor jefe de la Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación. Entre diciembre de 2003 y 2005, se desempeñó como secretario de Descentralización y Participación Ciudadana del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Desde febrero de 2006, ocupa el cargo de Superintendente de Servicios de Salud de la Nación. Tiene una amplia experiencia como dirigente sindical. Es Operador Nacional de Estudios de Radiodifusión recibido en el Instituto Superior de Enseñanza Radiofónica, profesión que desempeñó Radio América,

LS10 Radio del Plata (coordinador de Programación), LR1 Radio El Mundo (operador central). Fue subgerente de Acción Social de la Obra Social para el Personal Docente, administrador provisorio de la Obra Social del Personal Telegrafista y Radiotelegrafista, y director ejecutivo de la Obra Social del Personal Telegrafista y Radiotelegrafista. También ocupó cargos directivos en la Confederación Sindical de Trabajadores de los Medios de Comunicación Social y en la Confederación Latinoamericana del Transporte y las Comunicaciones. En el plano personal, está casado y tiene dos hijas de -una de 19 y otra de ocho años- y un hijo de seis. Es hincha de Boca y le gusta mucho escuchar rock nacional.

Nuestra Salud no tiene precio pero... tiene costo

El sano equilibrio es:

- Eficiencia económica
- Seguridad Terapéutica
- Satisfacción del Beneficiario

Gerenciamiento Médico Patologías Crónicas

(Disease Management – Provisión de medicamentos)

Alto Costo y baja Incidencia

Oncología

HIV-SIDA

Esclerosis múltiple

Hepatitis crónicas

Hemofilia A y B

Post-Transplante

Fibrosis Quística

Enfermedades Crónicas

Diabetes tipo 1 y 2

Hipertensión Arterial (HTA)

Dislipidemias (Colesterol)

Asma y EPOC

Glaucoma y ojo seco

Enf. Del sistema nervioso central

Enfermedades endocrinas

Enf. Osteoarticulares

Enf. Intestinales Inflammatorias

Colagenopatías



www.abcsalud.com.ar

Av Jujuy 570 (1229) - Ciudad de Buenos Aires - Argentina

Tel: (54-11) 4943-6263 - E-mail: abcsa@abcsalud.com.ar

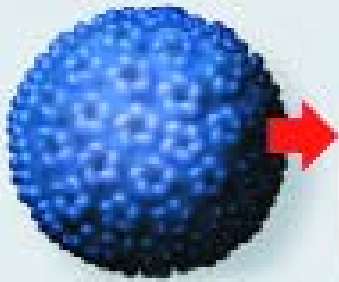
Prevención del cáncer de cuello uterino

"Muchacha, hacete el Papanicolau"

LA FRASE DE LA INOLVIDABLE TITA MERELLO AUN TIENE VIGENCIA, PERO A LOS CONTROLES GINECOLOGICOS DE RUTINA QUE DEBEN CUMPLIR LAS MUJERES SE SUMA UNA VACUNA CONTRA ALGUNAS CEPAS DEL VIRUS QUE PROVOCA ESTE FLAGELO, SEGUN EL DR. GABRIEL FEMOPASE, MEDICO ESPECIALISTA EN TOCOGINECOLOGIA

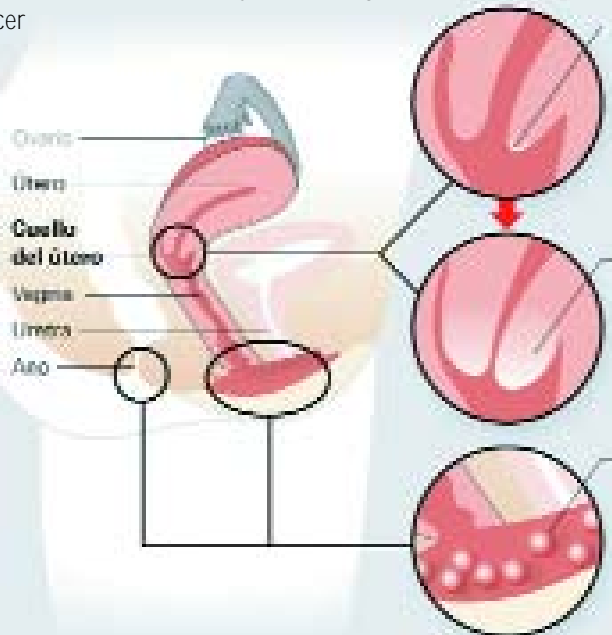
CONSECUENCIAS DE LA INFECCION POR HPV

La infección por Virus del Papiloma Humano (HPV) es muy común, algunas de sus cepas pueden producir cáncer



VPH

Es muy contagioso; al menos 50% de adultos sexualmente activos se infecta con al menos uno de los 100 tipos del virus, durante su vida.



Lesión precancerosa.

Es el primer signo de la enfermedad. La detección temprana en los controles ginecológicos es importante para evitar su progresión.

Cáncer cervicouterino.

Algunas mujeres, entre 10 y 20 años después del contagio, desarrollan un cáncer invasivo que puede ser mortal.

Verrugas genitales. Son tumores benignos e indoloros pero pueden doler al sensibilizarse. Son frecuentes y generan vergüenza y gran impacto emocional y social.

Cientos de miles de flores se destinan para despedir de esta vida a las 4.000 mujeres que mueren por año a causa del cáncer de cuello de útero, en Argentina. Si protegemos a nuestras niñas del virus que provoca este flagelo, podremos utilizar otros cientos de flores para decirles a esas futuras mujeres cuanto las queremos. Me parece que es una utilización mucho más noble, ética y linda", reflexiona el Dr. Gabriel Femopase, médico especialista en Tocoginecología, en su consultorio ubicado en el microcentro de la Ciudad de Córdoba.

Faltan cinco minutos para las once de la mañana y la sensación térmica en la capital cordobesa llega a 38 grados. La calle peato-

nal 25 de mayo, en el microcentro, parece la pasarela de un desfile de Giordano. Rubias, morochas, altas, bajas, para todos los gustos, bambolean sus caderas envueltas en minifaldas de colores veraniegos. No hace falta conocer muchas ciudades del mundo, para afirmar que las argentinas –y en particular las cordobesas- son las más bonitas del planeta. La desfachatez con que Mick Jagger, Robert Duvall y el príncipe Guillermo de Holanda nos arrebataron para siempre algunas de las más bellas confirman esta teoría.

Pero esa salud que las dota de gracia necesita de cuidados permanentes. Y he aquí nuestra batalla contra otro flagelo que azota la población femenina de Argentina y del

PREVALENCIA DEL CÁNCER CERVICAL INVASOR EN EL MUNDO

Por año se estima que ocurren 370.000 casos nuevos de cáncer cervical invasor en todo el mundo. La cifra de muertes, en 1990, fue 190.000. En los países subdesarrollados, el cáncer cervical es la segunda afección maligna más frecuente, y

representa el 15% del total de cánceres. Las regiones de riesgo más alto son América Latina, el Caribe, África y Sudeste de Asia. Las tasas más altas del mundo se encuentran en Centroamérica y el Caribe (alrededor de 44 por 100.000), y en África (40 por

100.000). La tasa más alta registrada fue en Haití, con 92 por 100.000. En países desarrollados, las tasas son menores del 11 por 100.000, y representa la 5ta afección maligna más común, representando el 5% de todos los cánceres.

mundo: el cáncer cervical o de cuello de útero, que se presenta por un crecimiento anormal de las células de esta zona del aparato genital femenino.

Esta patología oncológica "es uno de los problemas más serios de los países en vías de desarrollo y es la segunda causa de muerte en el mundo por cáncer ginecológico después del cáncer de mama. Esta enfermedad es causada por el Virus del Papiloma Humano (HPV). Ninguna mujer, en realidad, debería morir por cáncer de cuello uterino, ya que es prevenible", explica el Dr. Femopase, Director Médico de Mondial Laser Medical.

-¿Qué es el Virus del Papiloma Humano?

-Los papilomavirus son una clase de virus que inducen la formación de verrugas en muchas especies de vertebrados, incluida la humana. Las verrugas pueden presentarse como

lesiones elevadas bien delimitadas o planas.

En la actualidad se han identificado más de 100 tipos de HPV, algunos de los cuales se han relacionado con lesiones clínicas específicas. En 1933 se estableció por primera vez una relación entre HPV y cáncer, aunque desde mucho tiempo atrás se sospechaba una posible relación entre cáncer cervical y la actividad sexual. Actualmente se cuenta con amplia evidencia, en estudios de casos, sobre la existencia de relación entre este virus y el cáncer cervical.

Es decir que algunos de estos 100 subtipos de virus, en verdad son 30 ó 40, infectan el aparato ano-genital del ser humano. De estos 30 ó 40 hay 15 ó 20 que son oncogénicos, productores de lesiones premalignas del cuello uterino en la mujer y cáncer de pene en el hombre, y cáncer de ano en ambos. De estos oncogénicos son las cepas 16 y 18 que con más frecuencia encontramos en el

PRIMERA VACUNA PREVENTIVA DEL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO

"Considero que la presencia de la primera vacuna preventiva del Virus de Papiloma Humano (HPV) es uno de los grandes avances de la medicina en los últimos 100 años. Esta vacuna, debido a que actúa sobre las cepas 16, 18, 6 y 11 del virus nos ayudaría a disminuir de manera significativa el carcinoma de cuello uterino en un 70% porque no cubre todas las cepas que lo producen. Por lo tanto, al no tener una cobertura del 100%, las personas que están vacunadas deben seguir su control ginecológico de rutina como lo vienen haciendo en etapas anteriores de su vida", analizó el Dr. Gabriel Femopase, médico especialista en Tocoginecología. "Actuaríamos sobre las lesiones premalignas del cuello uterino, de la vulva, de la vagina y por su puesto sobre las verrugas genitales -continuó Femopase-. La vacuna es altamente segura porque no está hecha con virus no atenuado o virus muerto, sino con una parte del virus que es una proteína de la cápside L1. Esta proteína tiene la capacidad de ensamblarse y formar lo que se llama VLP, similar a un virus, es como el

ropaje del virus pero no tiene adentro el DNA que llevaría su información genética. Esto genera anticuerpos en respuesta a la presencia de los VLP con excelentes resultados en la prevención y en la cero conversión, que es cercana al 100%.

"La edad de vacunación es de los 9 a los 26 años, que es el rango de edad aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (FDA), la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica de nuestro país (ANMAT). El momento más oportuno para inmunizar es antes que las personas comiencen a tener contacto sexual. Basta una relación sexual para el contagio del HPV. Los datos obtenidos en la investigación de la vacuna demuestran una eficacia en mujeres adultas de 16 a 26 años e inmunogenicidad en niñas y adolescentes de 9 a 15 años de edad. El esquema de administración intramuscular es en tres dosis: la segunda se aplica a tres meses después que la primera y la tercera a los a seis meses.

"No se han registrado reacciones adversas importantes, salvo en algunos casos alguna febrícula (fiebre moderada) y una sensación de irritación en la zona donde se aplica", dijo el médico.

-¿Los hombres también deberían vacunarse?

-Actualmente está en proceso de investigación. Es muy probable que en el futuro se llegue a inmunizar a los varones, pero actualmente no. La indicación es mujeres de 9 a 26 años. Faltan más estudios para poder incluir a los varones y las mujeres de más de 26 años.

No se debe usar la vacuna como tratamiento de las personas ya infectadas. Esto es muy importante, ya que se trata de una vacuna preventiva, no de tratamiento.

-¿Qué contraindicaciones tiene?

-No debe administrarse en embarazadas. En realidad no hay estudios que confirmen alguna alteración sobre la mamá o sobre el niño, pero faltan datos todavía. Por lo tanto no está aprobada para utilizarse en el embarazo.

“EL BAJO CONSUMO DE VITAMINA C, CAROTENOIDES, VITAMINA E Y FOLATOS PUEDE INCREMENTAR EL RIESGO DE QUE SE DESARROLLE NEOPLASIA CERVICAL”

mundo como factor obligado en la génesis del cáncer de cuello uterino.

El HPV no solamente se relaciona con el carcinoma de cuello uterino sino que también con la génesis del 50% de los cánceres de vagina, 50% de los cánceres de vulva, 50% de los cánceres de pene, 85% de los cánceres de ano, el 20% de los carcinomas orofaríngeos y 10% de los carcinomas de faringe y del tracto respiratorio superior.

Después hay otro grupo no oncogénico del HPV, relacionado con verrugas genitales benignas: las cepas 6 y 11 producen el 90% de estas lesiones. El riesgo aproximado de desarrollarlas a lo largo de la vida es de aproximadamente 10%.

- ¿Cómo se contagia este virus?

- Fundamentalmente por transmisión sexual, que es la vía más frecuentemente. Pero no podemos adjudicarle el 100% de los casos. El riesgo de una persona sexualmente activa de infectarse con el HPV es del 50% (según un estudio realizado en mujeres adolescentes, con una pareja sexual desde el comienzo de su relación, en EE.UU. y publicado en el American Journal of Epidemiology).

Como es un virus que no tiene membrana externa, resiste la desecación, y puede ser transmitido a través de un fómite (objeto inanimado que puede contagiar un agente infeccioso desde una fuente a un huésped susceptible). Estos fómites pueden ser domiciliarios: por ejemplo, una mamá infectada con cepas 6 y



El cáncer de cuello uterino "es uno de los problemas más serios de los países en vías de desarrollo y es la segunda causa de muerte en el mundo por cáncer ginecológico después del cáncer de mama", explica el Dr. Femopase

11 de papilomavirus, que presenta verrugas genitales, puede infectar la toalla o el jabón y de esa manera transmitir HPV a su hijo. Después hay fómites de tipo institucional en la contaminación de materiales del examen ginecológico rutinario: guantes, instrumental, camilla, etc. Por eso, debido a la importancia que tiene la infección en la Argentina, es necesario utilizar material descartable siempre.

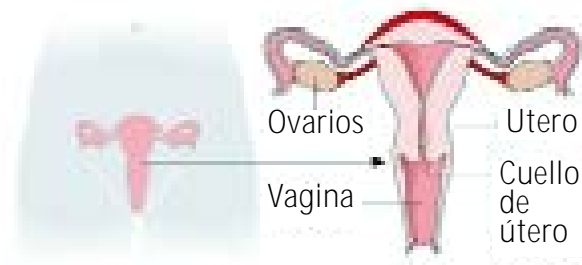
Cuando una persona se infecta con el virus, primero tenemos que pensar que no está enferma, ya que puede suceder que la infección sea transitoria y desaparezca. Eso sucede en el 40% de los casos, pero en el porcenta-

INCIDENCIA Y MORTALIDAD ESTIMADA DE CÁNCER CERVICAL POR REGIÓN (2002)

Región	Incidencia	Mortalidad
Estados Unidos/Canadá	14,670	5,796
América Central	17,165	8,124
Sudamérica	48,328	21,402
Europa	59,929	29,814
África	78,896	61,670
Asia Sud Central	157,759	86,708
Asia del Este	61,132	31,314
Asia del Sudeste	42,538	22,594
Australia/Nueva Zelanda	1,063	330

En este gráfico puede observarse cómo en 2002 la incidencia (casos nuevos) y la mortalidad en la región de África fue comparativamente mayor al resto. No solamente hubo más casos nuevos sino que desgraciadamente hubo más muertes. Esto debido a las dificultades en el acceso a los medios de salud, la deficiente situación de la población africana en cuanto a su inmunidad, falta de nutrición adecuada, falta de acceso a agua potable, etc.

Fuente: Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Lyon, France: IARC Press; 2004.



▼ VPH

De los 100 tipos conocidos del virus del papiloma humano, al menos 16 son altamente cancerígenos y dos de ellos son los causantes de la mayoría de los cánceres de cuello de útero.

▼ CANCER

CERVICOUTERINO

Es el crecimiento de células cancerosas en los tejidos del cuello del útero. La lesión inicial precancerosa es tratable y se puede detectar en estudios ginecológicos de rutina.

je restante (60%) la lesión avanza hacia enfermedad persistente y lesión de bajo o alto grado, que a su vez puede avanzar en un porcentaje mínimo hacia un carcinoma de cuello uterino.

El proceso de infección se produce cuando el virus llega a la superficie del tejido y con una microlesión llega a las capas profundas, ingresa al interior de la célula y comienza todo un proceso de división celular.

-¿El uso del profiláctico no previene el contagio del HPV por vía sexual?

-No totalmente, porque hay algunas cepas del virus que pueden estar afectando zonas genitales de piel no cubiertas por el preservativo, como el Monte de Venus en la mujer o el escroto en el hombre. Entonces el contacto de pieles podría transmitir el virus de una persona a otra. Por eso es relativa la utilización del preservativo, aunque obviamente es un método que se debe considerar, pero no adjudicarle una protección del 100%.

-¿Cuántas muertes provoca el cáncer cervical en el mundo y en Argentina?

-A nivel mundial, se calcula que alrededor de 30 millones de personas tienen verrugas genitales, 30 millones tienen lesiones del cuello uterino de bajo grado y 10 millones padecen lesiones de alto grado, pero solamente 493 mil mujeres tienen carcinoma de cuello uterino. De estas, aproximadamente 270 mil mujeres mueren en el mundo a causa de este cáncer, que tiene una marcada distribución en relación a la pobreza (leer recuadro "Prevalencia del cáncer cervical invasor en el mundo").

En Argentina, no hay estadísticas de prevalencia (casos totales) ni de incidencia (casos nuevos que aparecen por año). Lo que sí tenemos son tasas de mortalidad cada 100.000 habitantes. Nuestro país tiene alrededor de 7.8 cada 100.000 habitantes promedio en todo el país. Pero hay algunas zonas de Chaco, Formosa, Jujuy y Salta que tienen cifras cercanas a los 18 cada 100.000, que son cifras alarmantes porque estaríamos dentro de los países con cifras más elevadas del mundo, en algunas regiones de Argentina. A nivel nacional mueren 11 mujeres por día y 4.000 mujeres por año. La cantidad de cánceres de cuello que se diagnostican por año es de alrededor de 8.000; es decir que tenemos una mortalidad de entre 50 y 54%.

-¿A qué se debe este mayor porcentaje en determinadas provincias?

-Fundamentalmente a los factores de riesgo que deben actuar junto con la infección de HPV. La infección es necesaria para desarrollar un cáncer de cuello uterino pero no es suficiente. Por lo tanto debe haber cofactores, agregados que ayuden a la génesis de la enfermedad: iniciación temprana de las relaciones sexuales, múltiples parejas sexuales, há-

CANCER CERVICAL: POSIBILIDAD DE SUPERVIVENCIA POR REGION (2002)

Norteamérica	70.1%
América Central	51.0%
Sudamérica	54.9%
Africa Central	17.9%
Europa Occ.	66.0%
Europa del Este y Central	51.0%
India	42.0%
Tailandia	57.6%
Japón	65.0%

Posibilidad de supervivencia: 61.2% en mayoría de países desarrollados; 41.4% en países en desarrollo.

En este estudio de 2002 se observa la posibilidad de que una persona sobreviva a un cáncer de cervical de acuerdo al lugar del mundo donde viva. En EE.UU. la posibilidad de sobrevivir es del 70,1%; en Sudamérica de 54,9%; en África de 17,9%. Esto se debe a las diferencias de acceso a atención médica, medicamentos, alimentación correcta, etc. entre las diferentes zonas. Por ejemplo, EE.UU. invierte u\$s 31.476 por año por paciente con un cáncer en la pelvis. Pensar en estos nros. en países pobres como los africanos es una utopía porque el Estado no cuenta con esos recursos. "Por lo tanto la única posibilidad que tenemos de igualar a las personas es que trabajemos en asistencia médica primaria, las tenemos que vacunar y trabajamos fundamentalmente sobre las desigualdades sociales. Hay que trabajar en medicina preventiva", afirma el Dr. Femopase.

Fuente: Ferlay J., Bray F., Pisani P., Parkin D. M. Lyon, France: IARC Press; 2004.

“LA PREVENCIÓN PASA POR LA EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN EN GENERAL ACERCA DE LA IMPORTANCIA QUE TIENE ESTA PROBLEMÁTICA”

bito de fumar, desnutrición y pobreza en general. En el resto del mundo, cuanto más pobres son los países, mayor es la incidencia de carcinomas nuevos por año y mayor es la mortalidad también.

-¿Existen otros factores de riesgo para este tipo de cáncer?

-Sí, las enfermedades que produzcan inmunodepresión: la anorexia, la bulimia, el alcoholismo y la drogadicción, enfermedades que indirectamente debilitan el sistema inmunológico y le permiten al virus expresar la información que trae en sus genes.

-Tener una vida sexual promiscua aumenta enormemente el riesgo de contraer este tipo de virus. No obstante, el hombre es visto socialmente como un playboy.

-Como un ganador, pero es un perdedor. En realidad la que primero paga las consecuencias es la persona que más quiere, su mujer.

-¿Cómo se diagnostica esta enfermedad?

-Hay tres pilares en el diagnóstico de la patología ginecológica del tracto genital inferior: el Papanicolau, la colposcopia y la biopsia (1). Los virus son tan pequeños que ninguno de estos tres métodos nos permite verlos en el microscopio. Lo que podemos ver son las modificaciones que algunos subtipos del virus han hecho sobre las células.

-¿Qué formas de prevención del cáncer de útero existen?

-En primer lugar, la prevención pasa por la educación de la población en general acerca de la importancia que tiene esta problemática. Sin educación no se puede avanzar firmemente. Ahora nosotros podemos actuar en etapas muy precoces como en la atención médica primaria a través de la vacunación. En septiembre de 1978, en la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud, en Kazajstán, se reunieron cerca de 100 ministros de salud pública de diferentes países del mundo y desarrollaron una declaración que intentaba dejar de lado las diferencias

que había entre los países. Hicieron hincapié en la atención médica primaria, que es el conjunto de medidas que se aplican en el manejo del proceso de salud-enfermedad, antes que el individuo se enferme. Es decir, nosotros vacunamos y es la única oportunidad que tienen las personas de igualar su derecho a tener una vida sana. La forma de prevenir esta enfermedad es a través de la educación, la información y la vacunación preventiva (de lo que se informa por separado).

Según la Dra. Luisa Vila, directora del Instituto de Virología de San Pablo, donde se llevaron a cabo las últimas fases de investigación de la vacuna, si conocemos el agente etiológico y la relación con la génesis del cáncer de cuello uterino podemos inferir que la prevención de infección por HPV conduciría a la erradicación del mal.



"HIZO FUERZAS CONMIGO EL DR. PAPANICOLAU"

Tita Merello siempre aparentó ser fuerte como un roble, pero cuando tenía 76 años, en 1980, un susto conmovió a la actriz y a quienes la rodeaban. En oportunidad de hacerse un Papanicolau, le diagnosticaron cáncer ginecológico. La actriz fue internada en el Hospital de Clínicas e intervenida por el Dr. Dante Calandra. Allí fue tratada con radioterapia y se detuvo el mal. "Sentí miedo, pero me puse nuevamente en las manos de Dios, de los médicos, de los técnicos y las enfermeras de esa institución. Ellos me hacían sentir que hacían fuerza conmigo para salir del pozo y salimos. También hizo fuerzas conmigo el Dr. Papanicolau, ese que hizo posible que hoy esté hablando contigo", declaró a la prensa al salir del hospital.

Referencia

1. En el control ginecológico, el médico le coloca a la paciente un espéculo, que es un instrumento que permite visualizar correctamente la vagina y el cuello del útero. Con una espátula y un cepillo realiza la toma del Papanicolau y luego visualiza el cuello del útero (colposcopia) Esto se hace porque permite diagnosticar lesiones potencialmente precursoras del cáncer de cuello de útero o el diagnóstico temprano, según la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires.

Diabetes

Navidades de celebraciones verdaderas

EVITAR LAS DESCOMPENSACIONES Y HACER DE LAS FIESTAS GENUINOS MOMENTOS DE FELICIDAD COMPARTIDA. LA CLAVE ESTA EN SABER LO QUE PODEMOS COMER Y LO QUE NO CONVIENE TANTO. EN ESA PUJA DEBE TRIUNFAR LO MEJOR PARA LA SALUD

• Por el Lic. Juan Carlos Rivera Quintana

• Para la Redacción de **AHORA, la Salud**



***E**n las fiestas de Navidad y Año Nuevo, el autocontrol es la premisa imprescindible para las personas con diabetes. Como dice el viejo proverbio, "más vale precaver que tener que lamentar"*

Llegan las esperadas fiestas de Navidad y Año Nuevo; con ellas las grandes cenas en familia, el clima de jolgorio, disipación, música, los turroneos de pascuas, los dulces caseros y algún que otro brindis o cocktail. Son reuniones propicias para el balance y los encuentros festivos. Entonces se suele variar la dieta habitual y se corre el riesgo de caer irremediabilmente en algunos excesos alimenticios. Pero cualquier exageración o descuido para la población diabética, en ese sentido, puede tener consecuencias muy graves. La moderación es la premisa imprescindible para esos enfermos durante las fiestas navideñas pues, como dice el viejo proverbio, "más vale prevenir que tener que lamentar".

El paciente diabético debe tomar los medicamentos prescritos; mantener una régimen nutricional saludable, rico en agua (los días anteriores y posteriores a estas fechas); controlar -más que nunca- su concentración de azúcar en sangre, la presión arterial, el colesterol y realizar alguna actividad física durante 30 minutos al día, pues ello repercute positivamente en su nivel de glucosa y evita las descompensaciones. Estas son pautas higiénicas que deben extremarse en los días festivos, cuando se suele "bajar la guardia" y después vienen los sustos y las internaciones médicas.

Por regla general, las recomendaciones que debe seguir un diabético no difieren, en mucho, de las pautas higiénicas que debe seguir la población en general para evitar problemas digestivos y malestares inoportunos. No hay alimentos "prohibidos", se puede disfrutar de todas las comidas favoritas durante la Navidad, siempre que se haga con moderación y cautela.

Celebrar sin sustos ni lamentaciones

Algunos diabetólogos y expertos en Nutrición coinciden en recomendar que las comidas previas a las festividades tengan un alto contenido en agua y se ingiera mucha verdura. Lo mismo sugieren para los dos días posteriores a la Navidad y el Año Nuevo. Todos coinciden en que después de esas dos celebraciones hay que volver a la dieta normal y al autocontrol lo antes posible. Por ello es aconsejable planificar concienzudamente el menú de las fiestas con los platos que más convengan al organismo.

Según ha explicado a nuestra revista, la Lic.

en Nutrición Adriana Bustingorry, integrante del equipo de profesionales del Servicio de Diabetes del Hospital Nacional de Clínicas "José de San Martín", ubicado en la Ciudad de Buenos Aires, y miembro titular de la Sociedad Argentina de Nutrición, las fiestas traen consigo reuniones sociales, con amigos y familiares, a las que es inevitable dejar de asistir. Entonces se entrelazan las ansiedades, el estrés de todo un año y las frustraciones existenciales con la patología y se produce el típico boicot de la dieta, que genera el no saber cómo comer, la pérdida de la medida y el autocontrol. A ello se suma el pobre control glucémico que se origina, en parte por hastío, cansancio y no querer afrontar los resultados de algunas decisiones desacertadas.

"La clave está focalizada en el comportamiento que adoptamos frente a estos eventos, no sólo desde la conducta que el paciente genere frente a su tratamiento sino en la postura que el profesional adopte en la necesidad de cambios razonables y la flexibilización del mismo, manteniendo siempre los lineamientos de la terapéutica y del plan de alimentación, en este caso, pautado por el especialista en Nutrición y Diabetes", comenta la experta.

Se requiere un manejo personalizado del especialista con su paciente en la búsqueda de lo



Para la Lic. Adriana Bustingorry "la moderación en el paciente diabético es la clave para disfrutar de sus platos favoritos. Se puede probar de toda la variedad de alimentos que los anfitriones ofrecen en las fiestas siempre que lo haga con moderación seleccionando porciones pequeñas"



que simbolizan para él las fiestas navideñas para conocer dónde tiene puesto su foco de atención e interés y poder crear reales pautas alimentarias: "Es importante considerar –a juicio de la Lic. Bustingorry- además del costo metabólico de la diabetes, el beneficio en el área de lo afectivo que le puede significar a la persona el poder compartir una misma mesa con su familia, consumiendo alimentos que a lo mejor no son los que habitualmente maneja en su plan nutricional. Trazar metas realistas, que sean posibles de llevar a la práctica poniendo en una balanza no sólo la historia clínica del diabético, sino sus gustos, deseos y costumbres".

Por un buen control metabólico

Para mantener estable el nivel de glucosa en sangre durante el día es preciso tener presente los cuatro puntales del tratamiento del diabético: la medicación, la alimentación, el ejercicio y el monitoreo de las glucemias. Se recomienda una serie de pautas básicas a desarrollar con el paciente en la consulta de nutrición y que tienen que ver algunas con el pe-

ríodo previo a las fiestas, es decir, con los encuentros con amigos, reuniones de trabajo, y organización de su propia festividad familiar. Es relevante la educación nutricional que se genere en ese momento, para el manejo adecuado de la diabetes, no solo el día de fiestas, sino el estado previo de control metabólico con que se llegue a las celebraciones. Y el otro momento, lógicamente será en la semana festiva propiamente dicha, dar pautas para aplicar el plan de alimentación el día en que la fiesta pueda ser tanto a la noche como al mediodía. A continuación, algunas medidas que sugiere la Lic. Adriana Bustingorry, que se adaptan no sólo al tiempo previo sino también al día de la fiesta:

- Infórmese y conozca los componentes nutricionales de los alimentos festivos.
- Evite pensar en todo o nada y propóngase metas razonables.
- Compre sólo lo que necesitará y cerca de los días festivos.
- Tenga en cuenta todas las ocasiones "pre-fiestas" que realice.
- Seleccione alternativas de alimentos o preparaciones que contengan menos concentración de azúcares (elija bebidas sin azúcar y postres light).
- Reserve los alimentos de preferencia para los mismos días festivos.
- Realice como mínimo las cuatro comidas diarias y evite reservar su apetito para el festejo.
- Si tiene colaciones, recuerde no saltearlas.
- Realice reemplazos de los grupos de alimentos (almidones, frutas y vegetales, carnes, grasas). Use las alternativas e intercambios en las grasas, proteínas e hidratos.
- Recuerde que en estas situaciones, la cantidad va a ser más importante que la calidad.
- Tenga en cuenta las porciones de los hidratos de carbono que se sirve en su plato.
- Controle la ingesta de alcohol, el tipo de vino y de bebidas para el brindis. Recorra a las bebidas sugeridas, por su especialista (gaseosas light, jugos sin azúcar, agua mineral).
- Evite las bebidas alcohólicas fuera de las comidas o cantidades excesivas, que pueden ser causa de una hipoglucemia.
- Recuerde continuar registrando las glucemias y no olvide realizar las anotaciones en su agenda de monitoreos.
- El seguimiento de la curva de la diabetes, le servirá para poder decidir mejor durante el período festivo como el mismo día de las fiestas.

CALORIAS APORTADAS POR ALGUNOS DE LOS ALIMENTOS FESTIVOS:

• ALIMENTOS	PORCIÓN*	CALORIAS
• Pan dulce	50 g	193
• Almendras	50 g	300
• Avellanas	50 g	310
• Nueces	50 g	327
• Helado de crema	100 g	212

* g= gramos

Si observamos el cuadro de equivalencias, según el contenido de los hidratos, y tomamos una rodaja fina de pan dulce (50 g), que contiene 35 gramos aproximadamente de hidratos, tiene un equivalente a 1 porción de almidón (como 1 papa chica o 1 rebanada gruesa de pionono o 1 empanada), más 1 rebanada de pan. Si lo mismo hacemos con el turrón, vamos ir entendiendo cómo muchas veces se filtran los hidratos de carbono que no contabilizamos, porque es común para los pacientes no imaginarlos en el turrón, o bien, podemos enseñar a realizar los intercambios de los hidratos de carbono con la entrada o en el plato principal. De esta manera, el diabético gana mayor libertad y flexibilidad en su tratamiento nutricional y lo va adaptando por medio de los reemplazos y el conteo de los hidratos que selecciona ingerir, sin desestimar sus gustos y deseos.

PREFIERA BEBIDAS SIN ALCOHOL Y SI BEBE ALCOHOL, RESPETE LAS CANTIDADES INDICADAS. COMA Y BEBA DESPACIO

- Manténgase activo durante el día festivo, no se olvide de su caminata y también en el momento de la fiesta, no dude ser el primero en salir a bailar.

- Consulte a su nutricionista para que calcule y planifique su plan alimentario individual y/o también le indique el manejo de los carbohidratos en relación a la insulina.

Si el paciente pasa las fiestas en su casa es recomendable, además de tener en cuenta los ítems anteriores, la necesidad de adaptarle las pautas alimentarias, de acuerdo con el rol que cumple dentro del núcleo familiar y en relación con su participación en la organización y manejo de las comidas. De ahí que se solicite:

- Planificar y hacer una lista previa de los alimentos que necesitará comprar.
- Evitar el "picoteo" durante el manejo de alimentos y elaboración de las comidas.
- Poner en práctica su ingenio para el armado de un menú rico y sano.
- Preparar tragos sin alcohol y con las alternativas light.
- En la mesa festiva, evitar ubicarse cerca de las fuentes de los alimentos.
- Reservar las bebidas del brindis para el festejo.

Hay personas que suelen cambiar la fiesta en casa y salir a comer afuera. Esa situación no caduca el tratamiento nutricional para la persona con diabetes. Por ello se sugiere disfrutar de varias alternativas de menús de restaurantes, que se adaptan muy bien a su plan alimentario. Sólo será necesario poner más énfasis en el conteo de los hidratos de carbono



para no excederse, y en caso de aplicarse insulina de acción rápida, evaluar previamente lo que consumirá. Por ejemplo:

- Realice una ingesta o colación, antes de salir de su casa, nunca se sabe la hora en que comenzará a comer.
- Si la cena va a ser en horario muy posterior al habitual consulte con su nutricionista el tipo de colación que debe consumir.
- Al llegar a la reunión pregunte cuál será el menú completo. Recuerde que la negociación con usted mismo es más efectiva, antes de tener el plato servido.
- Si se va a aplicar insulina, infórmese previamente del menú para decidir su dosis.
- Planifique lo que va a elegir y seleccione alternativas para el control de los hidratos.
- Prefiera bebidas sin alcohol y si bebe alco-

La mejor manera de "compensar" es comiendo más saludable durante el resto del día. Incluya bastantes frutas, vegetales y carbohidratos integrales

www.servier.com



SERVIER

Investigación médica y creación de medicamentos

Presente en **140** países ●

16.000 colaboradores en el mundo incluyendo **2500** dedicados a la investigación ●

Productos de referencia para las enfermedades de mayor importancia ●

Servier Argentina S.A.: Av. Belgrano 1480 (C1093AAP) Buenos Aires Argentina • Tel.: (5411) 4383-5061 • Fax: (5411) 4381-4145 • www.servier.com

hol, respete las cantidades indicadas.

- **Coma despacio, mastique bien y disfrute de su entorno social y afectivo.** Esto le ayudará a no centralizarse solo en el plato de comida.

En líneas generales si el paciente va a realizar y consumir los tres platos, que conforman una comida se aconseja:

- **Entrada:** elegir confeccionarla con vegetales, si el plato principal va a ser con algún tipo de carne. Por ejemplo: ensalada rusa, primavera o tropical; empanaditas rellenas con verduras; copa de palmitos con salsa golf light; ajíes rellenos con arroz y con mayonesa light, etc. Si el plato principal contiene almidones (por ejemplo: pastas), elegir una entrada con una base de pescado o tomate relleno con atún, o lengua a la vinagreta o con carne como el vithel toné.

- **Plato principal:** con algún tipo de carne, elegir prepararlas al horno, parrilla o a la cacerola. Recuerde usar alternativas de rocío vegetal para no saltarlas. Evite los fritos y las elaboraciones con agregado de grasas. Si elige el plato con base de almidones, como pastas, recuerde que el agregado de una cuota de fibra ayuda a mejorar las glucemias posprandiales, entonces, mezcle brócolis con champiñones con una

salsa de crema light o bien considere una entrada de vegetales de hojas verdes.

- **Postre:** debemos pensar qué vamos a elegir en el brindis y qué hemos optado comer en los platos anteriores para realizar un adecuado conteo de los hidratos y saber seleccionar la porción según el tipo de postre. Si se prefiere la variante de las frutas, está la línea de las frutas en almíbar light (sin agregado de azúcar) o una copa de frutillas con crema chantilly light (mezclar queso unttable descremado con edulcorante y esencia de vainilla) o ensalada de frutas con helado. Hay que tener en cuenta, si los ingredientes y alimentos que utilizamos son light o con agregado de azúcar y grasas, ya que el cálculo de la porción en la mayoría de las veces se lleva a la mitad. Y también puede decidir dejar el postre para el brindis, esto ocurre en más de un hogar, donde se superpone el momento del postre con levantar la mesa para transformarla en lo que será el brindis festivo.

Hay que tener presente a la hora del brindis sus acompañamientos, que la mayoría de las ocasiones son de alta densidad energética. Estos alimentos de tradición festiva están acordes al frío del norte pero aquí, estamos en la Argentina.



CONTENIDO EN HIDRATOS DE CARBONO SEGUN LA PORCION Y SU REEMPLAZO

• Alimentos	Porción	Cantidad en HC*
• Pan dulce	50 g	35 = 1 porción almidón + 1 rebanada pan
• Almendras	50 g	9.8 = 2 galletitas + 1 porción de grasas
• Avellanas	50 g	8 = 1 rebanada fina de pan + 1 porción de grasas
• Nueces	50 g	6.6 = 1 galleta marinera + 1 porción de grasas
• Turrón	30 g	18 = 1 fruta grande o 1 porción de veg. B
• Almendras con chocolate	50 g	19.8 = 1 porción de almidones + 1 porción de grasas

* en gramos

La sugerencia de flexibilizar el tratamiento nutricional y tener mayor libertad en las elecciones, no implica el descontrol. De ahí que la sugerencia para lograr un mejor control de las glucemias durante las fiestas y evitar descompensaciones por excesos -que son más frecuentes en el paciente tipo 2- o bien un mal manejo de los cálculos de los hidratos en relación a la insulina -en diabetes tipo 1 o insulinorrequirientes- es aprender con la nutricionista el sistema de

porciones, aplicado en la diabetes tipo 2 a la distribución fija del número de porciones de los hidratos en cada comida y durante el día, y aprender a aplicar los reemplazos festivos para no excederse. Y en la diabetes tipo 1, donde se intensifica con el manejo de la insulina, realizar un adecuado conteo de los hidratos y evitar errores por carencia o poca cantidad de hidratos, es decir, la relación entre el consumo de la cantidad de hidratos en relación con la insulina inyectada.

Sin dudas, comprometerse con la moderación es sólo una parte crucial del modo de disfrutar de las celebraciones. El comportamiento que se adopte en estas fiestas deberá ser de integración y no disgregación. Hacia esa premisa apuntan hoy más los diatibólogos porque entienden que así logran una mayor adherencia del paciente, a su plan de alimentación, como también el éxito del tratamiento en general y se consigue más garantía durante las fiestas.

PARA LAS PERSONAS CON DIABETES, LA VIDA ES MEJOR POR DEBAJO DE 7.



Una vida larga y plena con diabetes. Todo se resume en un número. Un nivel de hemoglobina A1C inferior al 7%. La prueba de hemoglobina A1C es un simple análisis que ayuda a su médico a determinar con precisión la efectividad con la cual Ud. controla sus niveles de azúcar en sangre durante un periodo de tiempo. Importantes pruebas clínicas demuestran que mantener un nivel de hemoglobina A1C inferior al 7% reducirá de modo significativo su riesgo de desarrollar complicaciones serias en el futuro. Entonces, consulte a su médico acerca del tratamiento más adecuado para ayudarlo a obtener niveles inferiores a 7. Este es el momento. Tomar medidas hoy puede prevenir problemas mañana.

PARA MAYOR INFORMACIÓN ACCEDA A NUESTRA PÁGINA WEB: www.aventispharma.com.ar

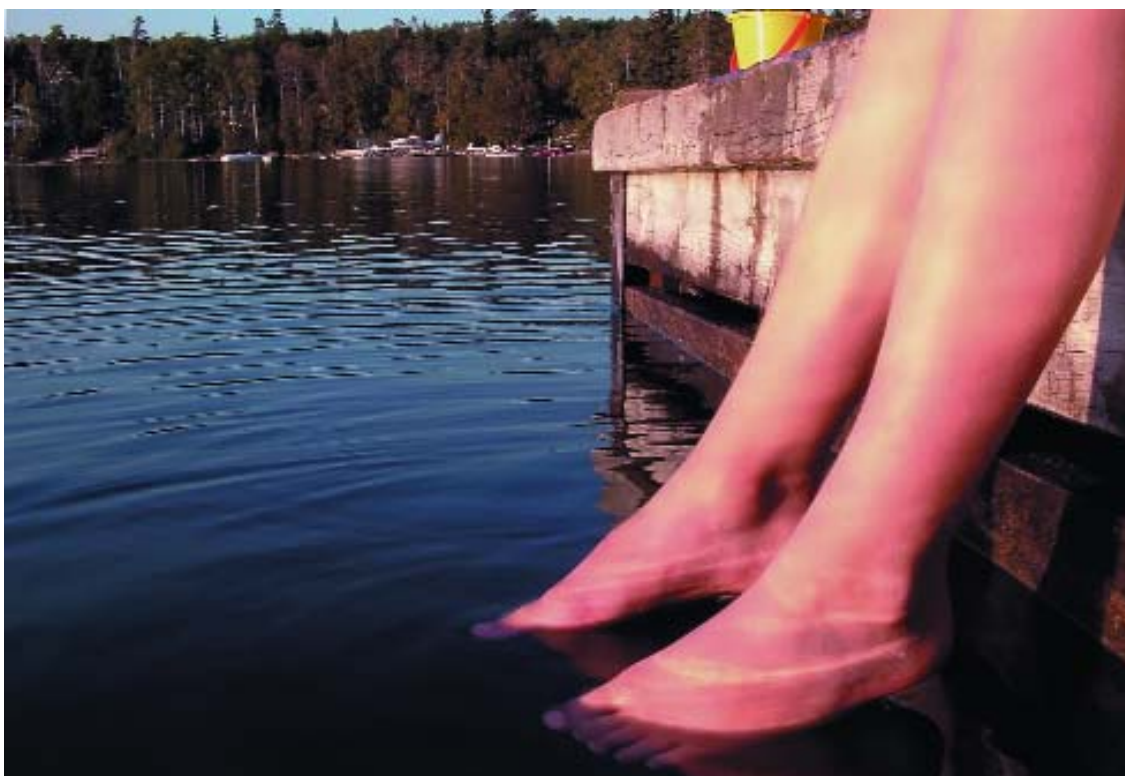


Diabetes. Nosotros cuidamos.

Diabetes

Todos vacacionan, menos ella

LA PERSONA CON DIABETES DEBE TENER PRESENTE LOS CAMBIOS DE ACTIVIDADES, HORARIOS Y HABITOS ALIMENTARIOS. TODOS LOS EXCESOS SON CONTRAPRODUCENTES; SE DEBE DISFRUTAR PERO SIN OLVIDAR LA CONDICION DE PACIENTE CON DIFICULTADES EN EL CONTROL DE SU INSULINA



La diabetes como enfermedad no es limitante para tomar unas vacaciones saludables y manejarse libremente sin perder la capacidad de disfrute

EXPERTOS RECOMIENDAN VACACIONAR EN VERANO EN LA SIERRA, YA QUE SU CLIMA AUMENTA MENOS LA PRESION QUE EL CLIMA DEL MAR

Un viejo proverbio español dice: "Bien sabe el descanso, después del trabajo". Precisamente ese es el rol de las vacaciones y por ello se convierten en un momento de relax, de pasarla bien, de reuniones con amigos y familiares, de visitas a parajes soñados, de viajes a sitios desconocidos, de ocio... Pero la diversión se puede convertir en una tragedia, si no vigila su diabetes. Para muchos este período necesario es sinónimo de permisos, que no siempre es posible disfrutar durante el año, y en la confianza está el peligro. A quienes padecen diabetes, aproximadamente un 8 por ciento de la población argentina (casi la mitad de esa cifra no sabe que porta la enfermedad), algunas contravenciones o faltas en el régimen dietético y vacacional puede traerles consecuencias catastróficas y descompensaciones del nivel de azúcar en sangre.

Muchos expertos suelen recomendar para las vacaciones de verano el disfrute de la sierra porque los climas de mar tienden a aumentar más la presión que las serranías. También sugieren ajustar la medicación, si fuera preciso, y no abandonar la actividad física diaria para evitar problemas de sobrepeso y nutrición, tan peligrosos en los enfermos diabéticos. Todo pasa por planear, con anticipación, el descanso vacacional, pues ello contribuye a un mejor control de dicha patología. Para el diabético insulino dependiente un viaje al extranjero requiere de mayor preparación que si pretendiera viajar en coche por su terruño.



La diabetes es una patología crónica que va a acompañar a la persona toda su vida; si bien no tiene cura puede ser tratada y controlada

Hacer los deberes correctamente

Si su viaje es largo o al exterior, solicite un listado de medicamentos (para el mareo, las diarreas, antibióticos, etc.) y obtenga las recetas para su medicación y control diabetológico. No puede tampoco dejar de llevar la insulina que precisa (y mucha más), las jeringas, las tiras para exámenes de automonitoreo en sangre. Y transporte también cierta cantidad de estos elementos en su equipaje de mano, por si se pierde su equipaje en el aeropuerto. También es necesario averiguar en detalle qué tipo de cambios

The advertisement is a composite image. On the left, there is a black and white photograph of a hospital ward with several patients in beds. Overlaid on this is a color photograph of an elderly couple embracing. The woman is kissing the man on the cheek. In the background, there is a faint image of a person in a blue medical uniform. Text is overlaid on the image: "Desde 1887 elaboramos medicamentos de máxima calidad para una sana calidad de vida." in the top left, "2006" in the top right, and "Hoy, somos líderes en el cuidado del paciente diabético." in the middle right. At the bottom right is the Craveri logo, a red stylized 'C' shape, with the text "CRAVERI" and "Una sana calidad de vida" below it.



El paciente diabético debe llevar siempre algún caramelo consigo, alguna galletita y no olvidar nunca su medidor de glucemia para evitar sorpresas desagradables durante sus vacaciones

urge en la cantidad de insulina y el horario de las comidas. Los médicos recomiendan repasar las instrucciones de emergencia con un experto en diabetes y un nutricionista (teniendo en cuenta que los principales problemas

de descompensación en vacaciones y fiestas tienen lugar por violaciones en el régimen de alimentación).

Y como el verano es un buen momento para una vida más activa, hágase revisar los pies, si tiene pensado caminar o correr y asegúrese de tomar precauciones para reducir el riesgo de sufrir lesiones en las extremidades inferiores (que en casos extremos pueden ser graves en pacientes diabéticos). Por ello se recomienda prestar atención a la arena bien caliente de la playa, a las superficies de piletas o canchas de tenis y evitar lesiones y quemaduras, pues el pie diabético tiende a perder sensaciones por dificultades circulatorias.

Sobre el tema, los especialistas afirman que durante el período vacacional hay situaciones que se presentan como limitantes del buen control metabólico, que es muy necesario en el diabético/a. Por ello es preciso consultar a su nutricionista quien le ayudará a planificar la adaptación de su plan de alimentación el tiempo que se extiendan sus vacaciones, y complementar la atención con su médico diabético para revisar las alternativas de manejo de su tratamiento farmacológico, frente a situaciones que puedan derivarse de los cambios de hábitos que connoten riesgo para una descompensación. También es de suma importancia poder establecer una frecuencia de monitoreos glucémicos, que permitan mayor libertad y flexibilidad del paciente durante su descanso y recreación, sin que esto implique descuidarse o bien se transforme en una medida de 'boicot' para no controlarse.

Es necesario lograr buenos controles de las glucemias, sin perder la capacidad de disfrute vacacional y sin caer en distracciones, donde el costo lo pague el cuerpo y sobre todo, considerar los cambios de actividades, horarios, hábitos alimentarios, etc. También se recomienda consultar con su seguro médico los deta-

lles de su cobertura al estar alejado de su lugar de residencia, llevar una copia de dicho documento y conocer las direcciones de las farmacias de la zona donde va a vacacionar y los puestos de guardia. Muchos diabéticos suelen portar una tarjeta en su cartera, que le identifica como enfermo para evitar equivocaciones o tardanzas en la atención especializada, en casos de mareos, desmayos y descompensaciones.

Circunstancias cambiantes

Y como todo viaje es una buena forma de aprender y de superar los miedos, los expertos suelen afirmar que entre las pautas para seguir durante el período vacacional para el buen control metabólico se destacan tener en cuenta las distancias que se van a recorrer, con el objetivo de adaptar los horarios de las comidas y evitar, sobre todo, saltar alguna de ellas (incluye desayuno, almuerzo, merienda, cena y dos colaciones). Además si se conduce un automóvil es conveniente ingerir cada 2 ó 3 horas, algún alimento que contenga hidratos de carbono como: pan, galletitas, fruta, un sándwich o una barritas de cereales. Si sus horarios dependen de otro vehículo (por ejemplo viajar en ómnibus) tenga en cuenta los horarios de las paradas, para planificar sus colaciones y /o comidas en un restaurante o bar. De lo contrario deberá llevar una vianda con usted. Los nutricionistas aluden que si se viaja en avión, es bueno comunicar a la azafata su patología y preguntarle los horarios y tipos de menús durante el traslado para planificar sus colaciones y/o manejo de la insulina. Para evitar las hipoglucemias, durante el viaje, tenga a mano azúcares como caramelos, jugo natural en pack (200 cc). Lo mismo debe hacer si realiza alguna caminata, algún paseo prolongado al aire libre o excursión. Si maneja un auto y nota que su nivel glucémico empieza a caer es preciso parar el vehículo e ingerir una porción de azúcares simples y de hidratos de estructura más compleja (como pan, galletitas, etc.). Ello contribuye a mantener estable el valor de las glucemias hasta la siguiente comida y tener el control de la situación. El monitoreo, en estos casos, (realizado por otra persona) es una

REALIZAR TODAS LAS COMIDAS DEL PLAN NUTRICIONAL Y TOMAR MUCHO AGUA PARA EVITAR GOLPES DE CALOR

garantía si usted conduce un auto.

El diabético debe tener presente que tiene que realizar todas sus comidas establecidas en su plan nutricional y tomar mucho agua para evitar golpes de calor o descompensaciones. También debe seleccionar la cantidad adecuada de hidratos del desayuno y/o almuerzo, según su plan personalizado y considerando qué actividades realizará en el día. No es lo mismo si va a ir a nadar, que si camina, anda a caballo o realiza un ascenso a una montaña. Es bueno programar colaciones extras (lo ideal son yogurt con cereales, frutas, barra de cereal).

En resumen, se trata de planificar lo que se comerá seleccionando preparaciones sanas, frescas y a base de vegetales, cereales integrales, tomar bebidas sin azúcar y sobre todo evitar postres muy azucarados y el alcohol, que tanto daño hace. Si decide "autoestimularse" con alguna comida de su complacencia, controle la cantidad y planifique luego alguna actividad física (nadar, caminar, andar en bicicleta, etc.). Con posterioridad controle las siguientes comidas para no excederse.



Los especialistas plantean que los controles de presión arterial y colesterol, y la práctica sistemática de ejercicios son cruciales para ayudar a prevenir las enfermedades cardíacas y cerebrovasculares, las causas principales de muerte entre los diabéticos



La Fundación ABC apoya el esfuerzo mundial para lograr una Resolución de las Naciones Unidas sobre la DIABETES.

Invitamos a los lectores de **AHORA, la Salud** a sumarse a la Campaña "Unidos por la Diabetes", firmando la petición electrónica en <http://petition.unitefordiabetes.org/es>

Más información sobre la campaña: www.unitefordiabetes.org

Diabetes

Esta patología "sigue a la obesidad como la sombra al cuerpo"

CONVERSACION CON UNO DE LOS EXPERTOS ARGENTINOS EN NUTRICION Y ENDOCRINOLOGIA DE PACIENTES DIABETICOS. SE ADVIERTE QUE UNA PERSONA MUERE A CAUSA DE LA DIABETES CADA 10 SEGUNDOS, EN EL MUNDO, Y QUE ACTUALMENTE CERCA DE 230 MILLONES DE PERSONAS CONVIVEN CON DIABETES, MUCHOS NI SABEN QUE LA PADECEN



El Dr. Costa Gil comenta que existiría, según su juicio, una epidemia trilliza de obesidad, síndrome metabólico y diabetes

“HACE DOS AÑOS SE PUBLICO QUE LA PREVALENCIA EN LA ARGENTINA ERA DE ALREDEDOR DE SIETE POR CIENTO; ESTO IMPLICA QUE CADA 100 PERSONAS SIETE TENDRIAN DIABETES”

El Dr. José Esteban Costa Gil, vicepresidente de la Sociedad Argentina de Diabetes (SAD), en el período 2004-2005, doctor en Medicina, consultor en Nutrición y Endocrinología, docente de la Universidad de La Plata y con un postgrado de Nutrición en la Universidad Favaloro, se arrellana en la butaca de su consultorio, en la Ciudad de La Plata, e intenta crear un clima de cordialidad durante la conversación. Falta poco para el fin del año y por las amplias ventanas se cuelan los impasibles rayos de sol; el bochorno del verano se mitiga a medias. Tiene la mirada límpida, de hombre bueno, y una voz que más bien recuerda, por su cadencia, a la de un joven colegial.

Al comenzar el diálogo hace un diagnóstico acerca del estado de la diabetes en Argentina y nos recuerda que recientemente se acaba de celebrar el Día Mundial de la Diabetes (14 de noviembre), que hizo foco en el trabajo de las comunidades más desfavorecidas y las personas más vulnerables:

"Hace aproximadamente dos años -acota el experto- se publicó que la prevalencia en la Argentina era de alrededor de siete por ciento; esto implica que cada 100 personas siete tendrían diabetes. Aunque realmente estas cifras implican una visión general, hay que tener en cuenta las modificaciones entre centros urbanos y rurales, las posibilidades de diagnósticos, los tipos de diabetes y la edad.

"La diabetes aumenta fuertemente a medida que pasan los años; en la Ciudad de La Plata en un estudio que se efectuó hace un tiempo atrás pudimos determinar que alrededor del 56 por ciento de las personas está viviendo con la patología sin saber que la tiene. Predomina la diabetes tipo 2, que es aquella que puede ser tratada, en principio, con dieta, ejercicios, tabletas orales y que muchas de ellas finalmente necesitan insulina, pero de cada 10 diabetes, 8 ó 9 son del tipo 2 y ello está muy vinculado con la obesidad, que se sabe es epi-



La obesidad es uno de los principales factores de riesgo para padecer diabetes

démica. Siempre digo que la diabetes sigue a la obesidad como la sombra al cuerpo. Incluso los norteamericanos dicen que son epidemias mellizas y en mi opinión existiría una epidemia trilliza, que es obesidad, síndrome metabólico y diabetes", advierte.

-¿Cuáles fueron los principales temas discutidos en el XV Congreso Argentino de Diabetes, que se celebró en Mendoza, entre los días 18 y 21 de noviembre pasado?

-El congreso tuvo dos partes: una que se llamó actividades precongresos, dirigida al equipo de salud, en general, particularmente a los médicos especializados en diabetes y otros integrantes del equipo de salud, como podólogos, profesores en educación física, licenciados en nutrición, farmacéuticos, etc.

La actividad del congreso en sí misma in-



tentó recrear, particularmente, los temas que, en general, resultan más atractivos y necesarios de actualizar. En este caso son muy variados, obviamente los aspectos del tratamiento son los que más interesan a los profesionales clínicos. Si bien también hubo muchos trabajos dedicados a la investigación básica y filosóficamente en el evento se le dio mucha importancia a la presentación de trabajos de investigación por parte de los profesionales argentinos, tanto los de investigaciones básicas como clínicas.

Para nosotros realmente la educación terapéutica ocupa un lugar muy destacado dentro de lo que se consideran medidas no farmacológicas (sin medicación) en el tratamiento de la diabetes. También al congreso lo ocuparon los temas de educación, como siempre se hace y se incluyeron temas como la calidad de atención y los costos.

Uno de los elementos críticos en este momento en el tratamiento de la enfermedad es lo que se denomina la farmacoeconomía. Ella pone al descubierto que los costos monetarios en diabetes van a aumentar de forma progresiva y de manera notable. Se progresa mucho en el tratamiento de la diabetes, afortunadamente la investigación es muy intensa en el campo de dicha patología, pero esto implica un encarecimiento significativo particularmente de los nuevos recursos para el tratamiento. Por supuesto, parecería que es más sencillo y barato el tratamiento de la diabetes que

padecer complicaciones que traen costos directos o indirectos muy severos como invalidez (amputaciones en extremidades inferiores, cegueras), jubilaciones prematuras.

-El lema central del pasado congreso era: "Por un futuro sin complicaciones". ¿Realmente cree que se abre un futuro de estas características para el paciente diabético?

-Ese lema estaba referido, en primera instancia, a lo que se denomina prevención; en este caso sería prevención secundaria, ya que las personas con diabetes sufren, a partir de tener la glucosa elevada o no bien controlada, mayores posibilidades de padecer complicaciones que suelen ser severas e invalidantes algunas, obviamente costosa para la persona misma en su calidad de vida y cara para la salud pública, porque se pierden seres humanos en las edades más fructíferas de la vida. La diabetes es la primera causa de ceguera entre las personas en edad laboralmente activa.

-¿Qué labores y desafíos institucionales tiene la SAD para los próximos años?

-La SAD es particularmente prestigiosa porque ha marcado los aspectos científicos de la diabetología en la Argentina. Esta organización ha tenido científicos muy ilustres, como los doctores Bernardo Houssay y Luis Federico Leloir, que recibieron el Premio Nobel por sus aportes en el campo de dicha especialidad. La SAD es una agrupación científica que reúne en general, el pensamiento y la forma de manejar la diabetes e intenta favorecer a las personas que viven con esta enfermedad a través de los líderes de opinión en nuestro país. Por ahora no se ocupa de forma directa de los pacientes, ya que hay entidades que si lo hacen y abarcan todos los aspectos. Ella solamente está integrada por los profesionales que tienen interés en las personas con diabetes y agrupa desde una trabajadora social hasta un investigador básico de los más encumbrados.

Los mayores desafíos se ubican en los aspectos de educación e investigación. La educación tiene diferentes miradas desde la propia SAD. Por ello funciona una escuela, que se denomina Escuela de Graduados, en la que se forman médicos en la especialización.

SIGNOS DE ALARMA

En la actualidad, cerca de 230 millones de personas conviven con diabetes, y se espera que esta cifra alcance los 350 millones en 20 años. Los efectos humanitarios, sociales y económicos son devastadores. Si bien todavía no puede curarse la diabetes, es posible prevenirla: la mayor parte de los casos de tipo 2 son evitables. El avance de la epidemia puede ser revertido si los gobiernos comienzan a promover estrategias probadas de bajo costo que mejoren la dieta y fomenten un incremento del ejercicio físico y cambios en el estilo de vida. "No llevar a cabo ninguna acción es moralmente irresponsable y económicamente temerario", indica un documento de la campaña Unidos por la Diabetes, que busca obtener una Resolución de la ONU sobre diabetes que reconozca la seriedad de la epidemia global de dicha enfermedad. Un aspecto de vital importancia en la lucha para controlarla.

DF **Laboratorios**
DENVER FARMA

Medicamentos para confiar



**"JUNTO AL PACIENTE CON DIABETES, APORTANDO LA PRIMERA
INSULINA HUMANA RECOMBINANTE, FORMULADA EN LA ARGENTINA"**

Laboratorios DENVER FARMA

N. Querido 2285 - B1605CYC - Munro - Pcia. de Bs. As. Tel.: 4756 5436 L. Rotativas

OFICINAS DE VENTA A FARMACIAS

Av. de los Constituyentes 4215 - (C1431EXI I) Cap. Federal. Tel/Fax: 4514 2000/01/02/03/04
E-mail: vtastam@denverfarma.com.ar - www.denverfarma.com.ar



Trasplante hepático

"Lograr las cosas no alcanzadas"

SE HAN REALIZADO, EN LO QUE VA DEL AÑO (CON CIERRE AL 12 DE NOVIEMBRE), 197 INJERTOS DE HIGADO EN NUESTRO PAIS, DE UN TOTAL DE 900 TRASPLANTES DE CORAZON, PULMON, RIÑON, PANCREAS, INTESTINO Y BLOCK CORAZON/PULMON, ENTRE OTROS

Por el Lic. Juan Carlos Rivera Quintana

Para la Redacción de **AHORA, la Salud**



El presidente del INCUCAI, Dr. Armando Mario Perichón, subraya que el proceso de procuración de órganos moviliza a una gran cantidad de profesionales de la salud, dedicados a la terapia intensiva y la emergentología, que deben responder con urgencia al llamado sanitario para garantizar la adecuada extracción y transporte del órgano a implantar

MUJERES TENDRIAN VENTAJA SUPERIOR DE SOBREVIVIR AL TRASPLANTE HEPATICO, EN RELACION A LOS HOMBRES, SEGUN UN ESTUDIO BRITANICO

“Aprendí lo que es la recuperación y la maravilla de las cosas simples, ahora hay algo distinto en mí, tengo otra perspectiva de la vida, intento alentar a otros; se que es porque recibí un regalo de un dolor creador. Tengo un hijo de dos años y cada vez que lo miro siento que la cotidianidad es magnífica y enriquecedora; conlleva promesas de crecimiento porque la vida siempre sigue.

"Ahora con un trasplante de hígado, que me devolvió la energía y el aliento, me dio mejor calidad y preparación existencial para seguir luchando; ahora puedo terminar las cosas empezadas, lograr las aún no alcanzadas, quizás para emprender nuevas rutas no soñadas. Vivir a partir de un injerto de hígado me remite siempre a quien lo posibilitó. Esa decisión es un acto solidario, de amor, digno de admiración, es una ofrenda ejemplificadora; es por otra parte la triste verdad de decirle adiós a un ser amado, un acto de ofrecer y transformar una vida que se agota en otra que renace".

Gabriela M. dice estas palabras a borbotones, casi sin respirar, como si se le atragantaran entre los labios y la lengua y se toca instintivamente la herida que tiene sobre el abdomen, que le recordará por siempre ese momento de renacimiento, que transcurrió durante casi 10 horas en el quirófano, en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires. Luego elogia a sus médicos, a las enfermeras, laboratoristas y camilleros; a la paciencia, fortaleza y ansiedad de su familia y sus ojos se nublan de alegría.

De trasplantes y calidad de vida

Y es que Gabriela forma parte de los 197 pacientes trasplantados de hígado, en el 2006, en Argentina (con cierre 12 de noviembre). Durante el año se realizaron en nuestro país 900 trasplantes de hígado, corazón, pulmón, riñón, páncreas, intestino y block corazón/pulmón, entre otros. Actualmente, hay entre 250 y 350 enfermos en lista de espera para recibir un hígado que les prolongue y mejore su salud; sólo se satisface un 15 por ciento de la demanda nacional de trasplantes porque se arrastra una larga lista de espera que hacen más angustiantes los problemas de salud de los enfermos,



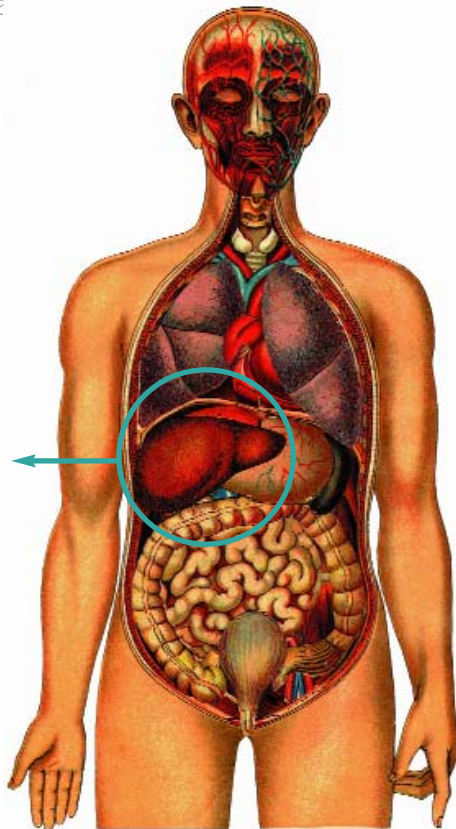
Los trasplantes de órganos y tejidos forman parte de la política sanitaria y estatal de nuestro gobierno argentino

que necesitan un órgano para seguir viviendo.

Recientemente se conoció que las mujeres tienen una ventaja superior de sobrevivir a un trasplante hepático que los hombres, según un estudio británico, realizado por investigadores del Hospital Queen Elizabeth, en Birmingham. El estudio, que incluyó a más de 2.700 pacientes, que recibieron un injerto de ese órgano (entre 1985-2003), demostró que las mujeres viven un promedio de 4,5 años más que los varones y que su esperanza de vida promedio, una vez sometida a la operación, es de 26 años, en comparación con 18 años para los hombres. También se reconoció que los pacientes que necesitaron ese procedimiento quirúrgico debido a una enfermedad hepática primaria tuvieron mayores y mejores supervivencias que los que recibieron trasplantes por hepatitis C, cirrosis o cáncer.

Los injertos de hígado se han convertido en un procedimiento común en todo el mundo. Un paciente tiene indicación de trasplante hepático cuando sufre de una insuficiencia hepática terminal e irreversible (pérdida gradual

El hígado es una víscera vital en la actividad metabólica del cuerpo, desempeña funciones como la síntesis de proteínas (asimilación); elaboración de la bilis (necesaria para la digestión y absorción de las grasas), desintoxica, almacena vitaminas, almidones, etc.



ALGUNOS PORMENORES QUIRURGICOS

Un hígado sano se obtiene de un donante que haya muerto recientemente, pero que no haya sufrido lesión hepática o de un pariente que done una parte de su órgano. En este caso el donante vivo es desde ya una persona a la que se le infringe una injuria, se le toma parte de su hígado. Ello está en función de la cantidad de hígado que el médico precise para implantar en el receptor. Si el donante es pediátrico la injuria es mucho menor porque la cantidad de hígado que se necesita es poca, son dos segmentos pequeños del hígado del donante. Entonces, el post-operatorio es mucho más sencillo. En cambio, en el donante vivo relacionado adulto, donde el cirujano toma todo el hígado derecho, que es el 60 ó 70 por ciento del hígado, entonces se hace un poco más complejo, la morbilidad es mayor. Ese órgano tiene la capacidad de regeneración por sí mismo, pero hasta cierto punto. Por eso es que la indicación tiene que plantearse muy detalladamente y considerar cada caso en particular para poder evaluar los riesgos, tanto para el donante como para el receptor.

El órgano sano se transporta en una solución salina refrigerada, que lo conserva hasta por ocho horas, posibilitando de este modo realizar los exámenes necesarios para determinar la compatibilidad entre donante y receptor.

El hígado enfermo se extirpa a través de una incisión hecha en la parte superior del abdomen. El nuevo hígado se coloca en su lugar y se conecta a los vasos sanguíneos y los conductos biliares del paciente. Esta operación puede durar hasta 12 horas y requiere grandes volúmenes de transfusiones de sangre.

y progresiva de la capacidad de los riñones para excretar desechos y concentrar la orina). Como le ha dicho a nuestra publicación el Dr. Miguel Angel Ceardullo, subjefe de la Unidad de Trasplante Hepático del Hospital Italiano, ubicado en Buenos Aires, "generalmente, la indicación número uno en nuestro país y el mundo para casos de trasplantes son las cirrosis por virus de la hepatitis C, hepatitis B y distintos tipos de enfermedades autoinmunes, como la cirrosis biliar primaria y otras causas de menor incidencia".

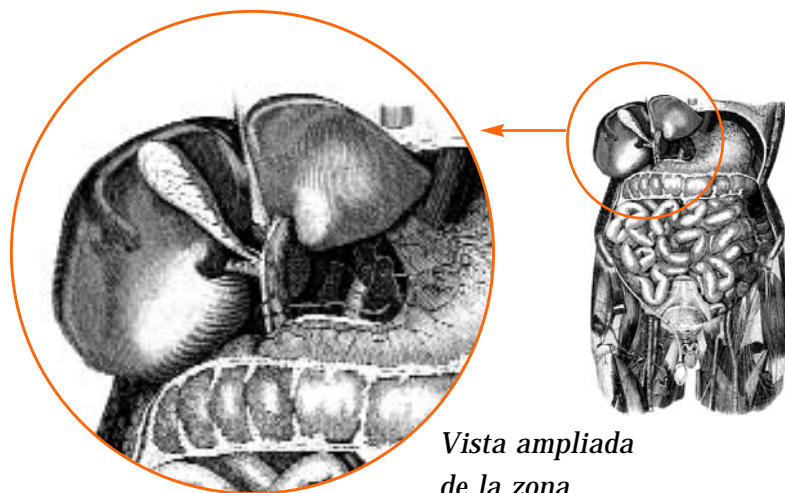
El experto explica que cuando el paciente tiene su función hepática deteriorada y ya no se puede controlar médicamente, cosa que lo lleva a la disfunción hepática terminal, se plantea la posibilidad de un trasplante de hígado, para lo cual hay que realizar una evaluación pre-intervención para determinar si está lo suficientemente enfermo como para necesitar un trasplante y lo suficientemente bien como para tolerar un procedimiento de alta complejidad. "De manera tal que se hace una evaluación pre-trasplante, que implica una cantidad de estudios y el enfermo está internado dos o tres días para determinar su capacidad de soportar un procedimiento de esta naturaleza y para verificar si la indicación de esa cirugía esta bien planteada. Una vez que se decide el trasplante se lo incluye en la lista de espera nacional, en el Centro Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (IN-CUCAI, organismo que dirige y regula la actividad de trasplante en Argentina, responsable de toda la estrategia de extracción e implantación de los órganos y los tejidos del donante en el receptor), y va a aguardar su oportunidad de recibir un donante cadavérico o un donante vivo relacionado (pariente), de acuerdo con la gravedad de su enfermedad", advierte nuestro interlocutor.

Al hacer un balance sobre el tema de los trasplantes de órgano en nuestro país, el Dr. Ginés González García, ministro de Salud y Medio Ambiente de la Nación, ha declarado que "estamos muy contentos, es un éxito de los argentinos todo lo relacionado a la política de donación y trasplante de órganos. Hace tres años decidimos tomar esto como una política de Estado, como una política con la sociedad. El pro-

“ARGENTINA HA DUPLICADO EN TRES AÑOS LA CANTIDAD DE DONANTES POR MILLON DE HABITANTES”, AFIRMO EL MINISTRO DE SALUD

blema de las listas de espera y de las dificultades que había de todo tipo para cubrir una demanda creciente, podemos decir después de estos tres años y sobre todo a partir de tener una Ley de Donante Presunto, que Argentina ha duplicado en un período muy corto, de sólo tres años, la cantidad de donantes por millón de habitantes. Este año (2006) vamos a estar un poco por encima de los doce donantes por millón de habitantes. Eso es haber duplicado la potencialidad de los trasplantes, eso es haber resuelto muchísimos problemas; no es sólo una tasa o un porcentaje, esto es haber resuelto muchas tragedias que estaban en lista de espera. Todavía tenemos una lista de espera grande pero hay un camino para resolverlas, y mejorarlas. Hoy ha cambiado mucho la cultura de la donación. Este es un tema complicado, que está en lo más profundo de la cultura, de las religiones, entonces, no es un asunto fácil. Pero la mentalidad de los argentinos ha cambiado mucho, de lo contrario no se podría haber duplicado la cantidad de donantes anuales. Ahora, yo creo que hay que seguir cambiándola y darse cuenta de que por mucho que haya política y dinero de Estado, si no hay un compromiso solidario de toda la sociedad para ser donante la situación no mejora”.

Sobre el particular, el Dr. Armando Mario Perichón, nombrado recientemente presidente del INCUCAI, afirma que “lo que para nosotros fue muy importante de la procuración de órganos en nuestro país fue el Programa Federal de Procuración de Organos, que nos permitió darnos cuenta, después de tantos años, prácticamente diez años de no poder crecer la procuración de órganos en Argentina, de que no solamente la podíamos aumentar, sino también organizar mejor y ese fue el mérito en realidad del Programa Federal. Ello nos permitió hoy tener más de cien coordinadores intrahospitalarios en distintos centros de salud de nuestro país, cuya función primordial es estar todo el día en el trabajo hospitalario, detectando los potenciales donantes y centralizadamente lo que se hace es un control de calidad de toda la detección, de todas las pérdidas o no de esos donantes, a través de distintos procesos informáticos. Por lo tanto, la prioridad de nuestra gestión es fortalecer eso, porque demostró a todos que fun-



Vista ampliada de la zona hepática

ción. De ahí que nuestra administración no viene a cambiar cosas por transformar, sino a perfeccionar y fortalecer las que ya existen, pues demostraron que podíamos crecer y nos dio confianza para poder hacerlo. En este proceso es crucial la alianza estratégica con la educación y hay que trabajar más en ese sentido. Digo alianza estratégica porque nos permitiría como sociedad, desde el punto de vista de la cultura, modificar pautas culturales; seguramente no en el corto plazo, sino en el mediano y el largo plazo. Y en la educación pienso que puede ser útil para resaltar valores en la sociedad que por ahí están medios pérdidas en estos momentos en nuestro país, como la solidaridad, el altruismo, el pensar en el otro, aunque a mí no me pase nada y esté bien”.

Potencialidad y optimización

En nuestro país, al hablar de trasplante de hígado, los expertos siguen insistiendo en que la tarea fundamental todavía es expandir la cantidad de donantes cadavéricos porque ellos existen y lo que se precisa es mejorar y optimizar su utilización. Si actualmente se tiene un 12.1 de donantes por millón de habitantes, ya se puede hablar de que la potencialidad existe. Y aunque la Argentina es muy grande territorialmente, las distancias son enormes, las comunicaciones no son tan fáciles y los medios de transporte no son tan homogéneos en todas las regiones, factores todos que conspiran contra el proceso de la procuración y tras-

El INCUCAI es el organismo que rige la actividad de injertos en Argentina y es responsable de toda la estrategia de extracción e implantación de los órganos del donante al receptor o los receptores



lado en tiempo de los órganos para trasplantes, con una mejor organización se puede avanzar mucho más. Como han expresado muchos cirujanos se trata de naturalizar el tema de la donación desde la infancia y entender que en el momento fatal, dicho procedimiento puede salvar otras vidas.

Por otra parte, toda cirugía de trasplante conlleva sus riesgos que pueden ir desde reacciones a la anestesia, a los medicamentos, problemas de infección y hemorragias, entre otras consecuencias. Los injertos de hígado traen consigo grandes riesgos, debido a que hay una mayor posibilidad de infección a causa de los medicamentos inmunosupresores, que se deben tomar para prevenir el rechazo al órgano injertado. De ahí que los pacientes que presenten enrojecimientos de la zona, drenajes, fiebre, edemas, mayor sensibilidad en el área, ictericia (exceso de pigmentación amarilla) y diarreas, entre otros síntomas, son asistidos y seguidos médicamente pues pueden portar una infección.

Los trasplantes de hígado consiguen salvar la vida de personas que, de otra manera, podrían morir. Aproximadamente el 75 por ciento de los pacientes sometidos a este procedimiento sobreviven tres años o más, después de la operación. Los hepatólogos siguen considerando que los problemas principales para este accionar quirúrgico son encontrar un órgano sano, el rechazo del órgano injertado,

el consumo de fármacos inmunosupresores de por vida, los cuales debilitan la capacidad del cuerpo para luchar contra las infecciones, entre otras dificultades.

La recuperación, después de un trasplante de hígado, tiene un promedio de 12 semanas y los expertos sugieren mover con frecuencia las piernas para reducir el riesgo de trombosis venosa profunda (afección en la que se presenta un coágulo sanguíneo en una vena profunda, que acompaña una arteria). De ahí que los trasplantados deban reanudar tan pronto como sea posible, sus actividades normales, después de consultar con el médico.

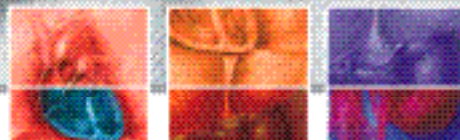
Cuando indagamos con las autoridades competentes por las medidas que está tomando el INCUCAI con el fin de solucionar la escasez de órganos para realizar ese tratamiento médico complejo, que posibilita sustituir un órgano enfermo que ha dejado de funcionar por otro sano, el presidente de dicha entidad, Dr. Perichón, reconoce que "la insuficiencia de órganos para injertos es un problema mundial, no sólo de nuestro país. En todo el mundo escasean por dos motivos: el aumento espectacular de la sobrecarga, que han tenido los trasplantes, en los últimos 20 años. Ello ha hecho que sea una terapéutica ya tradicional para recuperar la insuficiencia orgánica, de cualquier órgano. La segunda es justamente el aumento de las indicaciones para trasplantes, antes había enfermedades con las cuales no se podía hacer más nada. Ahora podemos darle una respuesta, una indicación para trasplante y el enfermo se recupera absolutamente a través de esa praxis. Ello ha acrecentado la falta de órganos en todo el mundo. Por lo tanto, las naciones van a tener que adoptar estrategias para poder hacerle frente a la escasez de órganos y tejidos en el mundo. Argentina, por lo que se puede ver, debe trabajar mucho más por poner en las agendas de los Ministros provinciales este tema. Nuestra Nación ha tomado un compromiso en ese sentido, desde hace varios años, a través del Programa Federal y por intermedio de muchas iniciativas nacionales, pero no todas las provincias, en igualdad de condiciones, han tomado este tema y lo han hecho prioridad en las agendas ministeriales de salud. Por lo tanto eso también tiene que ser un esfuerzo de todos, porque el sistema se nutre de lo que se procura en todo el país, no únicamente en Buenos Aires".



Roche, 10 años junto al paciente trasplantado



Roche, líder en trasplante



Innovación para la salud

Productos Roche S.A.Q. e I.
Rawson 3150 (B1610BAL) Ricardo Rojas,
Tigre, Pcia. de Buenos Aires.
www.roche.com.ar

Para mayor información contactar al 0800-777-8348,
al (011) 5129-8988/07/08/09, vía fax al N° (011) 5129-8011.
Impreso en la República Argentina, 2005.

Bronceado: ¿aliado o enemigo de la piel?

EL SOL Y LAS CAMAS SOLARES SON LOS RESPONSABLES DEL 90% DE LOS TUMORES DE PIEL Y DEL ENVEJECIMIENTO PRECOZ DE LA EPIDERMIS. ¿COMO CUIDARLA EN VERANO Y PREVENIR ENFERMEDADES?

• Por la Lic. Constanza Chattah

• Para la Redacción de **AHORA, la Salud**



La exposición indebida a los rayos de febo y el uso de las camas solares son responsables del envejecimiento precoz de la epidermis y, lo que es más grave aún, del 90% de los tumores de piel

Los ojos quedaron en el recuerdo esos rostros regordetes, blancos y sin una sola arruga que se apreciaban en las primeras fotografías del siglo XX. No había trucos ni maquillajes. La razón era que no se estilaba broncearse. Todo lo contrario de lo que hoy la moda impone, cierto es que con serios riesgos para el cuerpo.

Sin duda, el sol tiene efectos positivos sobre la salud física y psíquica de los individuos. Entre otros beneficios, permite que el cuerpo sintetice vitamina D, elemento esencial que activa el desarrollo de los huesos. Pero la exposición indebida a los rayos de febo y el uso de las camas solares son responsables del envejecimiento precoz de la epidermis y, lo que es más grave aún, del 90% de los tumores de piel.

El tema reviste gravedad en la Argentina, ya que de cada tres casos nuevos de cáncer, uno es de piel, según datos de la Sociedad Argentina de Dermatología. Por ello, cada año, a mediados de noviembre, dicha institución realiza una campaña de concientización y prevención del cáncer de piel a fin de detectar tumores que, abordados a tiempo, tienen una alta posibilidad de cura.

"El sol va dañando la piel de manera progresiva. Lo que pasó en la infancia se traduce después de los 30 años. Sucede lo mismo que con los fumadores; mientras fuman se sienten bien, pero el efecto aparece más tarde. El daño crónico se evidencia recién en la adultez", dijo en una entrevista telefónica con **AHORA, la Salud** Agustina Lanoel miembro de la Sociedad Argentina de Dermatología.

La especialista en dermatología pediátrica explicó que a los ocho años una persona ya tomó el 50% del sol que tomará durante toda su vida, pero el daño comenzará a aparecer mucho más tarde en forma de fotoenvejecimiento y de cáncer de piel. Por ello, es fundamental comenzar en la niñez con los hábitos de cuidado y protección.

Broncearse bien

Durante años se relacionó el concepto de bron-

ceado con los de salud y belleza. Sin embargo, el bronceado no es una manifestación de salud de la piel, sino una reacción de defensa ante la agresión de los rayos ultravioletas (UV). Estos rayos estimulan la síntesis de melanina, pigmento que generan los melanocitos, como un signo de protección ante el daño que provocan los rayos UV sobre las células.

Durante la XIII Campaña Nacional de Cáncer de Piel, realizada del 13 al 17 de noviembre último, la Sociedad Argentina de Dermatología hizo hincapié en que ante una exposición indebida al sol cualquier persona puede padecer este mal. No obstante ello, existen individuos que son más susceptibles a enfermarse: se caracterizan por tener piel y ojos claros, y por lo general no logran broncearse sino que queman su piel; han sufrido quemaduras solares importantes; poseen antecedentes de tumores cutáneos; tienen muchos lunares y utilizan camas solares.

La exposición excesiva al sol (o a los rayos UV) produce a lo largo de los años una acumulación de radiaciones cuyo daño es irreversible. Las consecuencias se dan de manera inmediata, cuando la piel enrojece (quemadura solar); y de forma tardía, cuando ésta luce bronceada y aumenta su espesor (piel "curtida"), lo que indica que la epidermis ya está dañada.

Cáncer

La incidencia mundial de los tumores de piel se ha incrementado exponencialmente en las últimas tres décadas. "El creciente uso de camas solares, combinado con el deseo y la moda de estar bronceado, han sido las causas del aumento de la incidencia del cáncer de piel. Si antes esta incidencia se advertía a los 60 años, ahora aparece cerca de los 40", advirtió Agustina Lanoel.

El cáncer de piel consiste en el crecimiento anormal de las células de la piel. Existen tres tipos: el carcinoma basocelular –que es el más común–; el carcinoma espinocelular y el melanoma. Los dos primeros no son tan agresivos y representan el 95% de los casos.



El agua, la arena y la nieve aumentan la acción de los rayos. Los Factores de Protección Solar (FPD) no deben ser menores a 15 y tienen que renovarse cada dos horas

El 5% restante corresponde al melanoma y es muy dañino. Cualquier persona puede padecerlos, pero diagnosticados a tiempo tienen una alta probabilidad de cura.

Los primeros indicios de la enfermedad surgen por cambios en el color o textura de la piel. Las llamadas de alerta aparecen a partir de una herida pequeña que no logra cicatrizar; un lunar que cambia de color, tamaño o forma y causa picazón, dolor o sangrado; o la presencia de un nuevo lunar, mancha o verruga.

El cáncer más frecuente es el carcinoma basocelular, que se localiza en las zonas más expuestas al sol como la cara, las orejas, el cuero cabelludo, los brazos, las espaldas o las piernas. El carcinoma espinocelular es de relativa frecuencia y el melanoma puede aparecer sobre piel o lunares; por ello es muy importante conocer la localización y apariencia de los mismos a fin de estar alerta ante cualquier cambio que sufran.

Prevención

La prevención debe comenzar en los primeros años de vida, cuando la piel es más sensible y vulnerable al sol. El comité de dermatología de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) recomienda que no se exponga a los bebés menores de seis meses de vida a los rayos solares, ya que podrían sufrir quemaduras o golpes de calor. "A partir de los seis meses se deberán usar filtros solares preferentemente con



“A partir de los seis meses se deberán usar filtros solares preferentemente con pantalla total o bien una protección no menor a 15”, comunicó la Sociedad Argentina de Pediatría

pantalla total o bien una protección no menor a 15 que contengan Parsol o Dióxido de Titanio. El filtro debe distribuirse en todo el cuerpo, incluidas cara y orejas, media hora antes de la exposición al sol. Se deberá reponer cada dos horas o cada vez que el niño se moje, tanto en pileta, río o mar”, comunicó la SAP.

Entre los meses de septiembre y marzo, nuestro país está sometido a niveles de radiación ultravioleta similares a la que se puede registrar en el desierto de Sahara, en Africa. Por ello,

los horarios desaconejados para la exposición solar rondan entre las 11 y las 16 horas dado que la radiación es muy alta.

Es importante usar ropa, sombreros y anteojos protectores y desconfiar de los días nublados ya que las nubes dejan pasar hasta un 85% de los rayos ultravioletas. El agua, la arena y la nieve aumentan la acción de los rayos. Los Factores de Protección Solar (FPD) no deben ser menores a 15 y tienen que renovarse cada dos horas. Las cremas se aplican en toda la piel sin olvidar las orejas, cuellos y pies. Los profesionales de la salud sostienen que es importante proteger la piel del sol a toda hora, ya sea con un FPD o cubriéndola con algo de ropa.

“Estudios realizados internacionalmente han demostrado que después del surgimiento de las primeras arrugas por el sol existe la posibilidad de regeneración; hay una vuelta atrás y la piel mejora mucho”, indicó la Dra. Lanoel. Pero la recuperación nunca es total.

Las camas solares no son una alternativa para obtener un bronceado saludable. Se ha demostrado que recibir diez o más sesiones anuales de bronceado artificial contribuye al envejecimiento prematuro de la piel y aumenta considerablemente los riesgos de sufrir cáncer.

El sol no es nuestro enemigo pero es importante protegerse de sus rayos para prevenir el envejecimiento precoz de la piel y los tumores. Hoy revalorizamos la moda de principios del siglo XX, sombrillas y sombreros para detener los rayos del sol. Casi un siglo después, la ciencia confirme aquella certeza: el bronceado no es sinónimo de belleza ni mucho menos de salud.



AUTOEXAMEN DE PIEL

“Es fundamental realizar autoexámenes de la piel para detectar la aparición de lesiones sospechosas. Cuidarse del sol y de las camas solares, dado que son el principal factor de cáncer de piel y fotoenvejecimiento”, sostuvo la Dra. Agustina Lanoel, miembro de la Sociedad Argentina de Dermatología. Realizar un examen periódico de la piel tres veces por año es la frecuencia aconsejable por la dermatóloga. No olvide consultar a su médico

especialista ante la menor duda.

Signos de alarma:

- » En primer lugar, cualquier cambio en la piel de coloración, textura, elevaciones o depresiones.
- » Normalmente, las personas poseen entre 10 y 40 lunares. Ellos pueden haberse desarrollado en la niñez, en la adolescencia o en la edad adulta; también algunos son de nacimiento. Conocerlos y seguir su evolución es importante.
- » Cualquier cambio de coloración,

aunque no duela, puede ser un signo de alarma.

Alerta ante:

Consultar al médico cuando surgen nuevos lunares o marcas, especialmente aquellos que: cambian de color, aumentan su tamaño o espesor, modifican los contornos haciéndose irregulares y cambian su textura. Llamados de atención: piel de aspecto perlado que aumenta de tamaño; y marcas o lastimaduras que pican, duelen, se transforman en costras.

dermaglós® S O L A R



EL CUIDADO QUE NECESITÁS.



Día Mundial de lucha contra el VIH-Sida

"La única solución es hacer llegar la terapia a quienes la necesitan"

EL 75 POR CIENTO DE LAS PERSONAS INFECTADAS, EN EL PLANETA, NO RECIBE TRATAMIENTO. POR ELLO LA URGENTE NECESIDAD DE UNIVERSALIZAR EL ACCESO A LAS DROGAS ANTIRRETROVIRALES, LO QUE SIGNIFICA QUE LAS MISMAS SEAN GRATUITAS Y QUE LOS PACIENTES PUEDAN LLEGAR A ELLAS. UN DESAFIO PARA LOS GOBIERNOS

• Por el Lic. Juan Carlos Rivera Quintana
• Para la Redacción de **AHORA, la Salud**



"No tratar a los que lo necesitan es un crimen. La inacción del poder político a nivel global sobre la epidemia de VIH/SIDA configura un genocidio", afirma el director del Centro para la Excelencia en HIV/Sida, de la Columbia Británica, en Canadá, Profesor Julio Montaner

LOS BUENOS RESULTADOS EN EL CONTROL DE LA EPIDEMIA SURGEN EN LAS NACIONES CON UNA SOLIDA VOLUNTAD POLITICA Y DONDE PARTICIPAN AMPLIOS SECTORES CIUDADANOS

La Asamblea General de las Naciones Unidas manifestó su profunda preocupación, en 1998, por el hecho de que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se había convertido en una pandemia de proporciones alarmantes. Para entonces, la OMS declaró todos los 1 de diciembre como Día Mundial del Sida. A fines de 2005, había más de 41 millones de personas viviendo con el VIH/Sida en el mundo; por ello su combate se ha transformado en uno de los Objetivos de Desarrollo de la ONU para el Milenio, en el quehacer prioritario de los 191 Estados Miembro de dicha organización internacional. Es decir, que de acuerdo con las estadísticas aproximadamente hay 14.000 nuevas infecciones diarias de VIH. De los adultos nuevos infectados, en el año 2005, el 50 por ciento son mujeres, por lo tanto la probabilidad de riesgo de infección por la enfermedad es semejante entre hombres y mujeres. La mayoría de los nuevos casos de la infección se detectaron en adultos jóvenes. Aproximadamente el 50 por ciento tienen entre 15 y 24 años de edad y más del 95 por ciento de esos casos fueron en países en desarrollo.

La campaña mundial contra dicho flagelo (en el 2005 hubo unas 3 millones de muertes en todo el planeta convirtiéndose en la principal causa de fallecimiento en África y la cuarta a nivel mundial), desde el 2005 hasta el 2010, ha escogido como lema central: "Detener el Sida. Mantener la promesa".

Se sabe que los buenos resultados en el control de la epidemia surgen en las naciones con una sólida voluntad política y donde participan amplios sectores ciudadanos. Por ello es responsabilidad de los Gobiernos nacionales diseñar, planificar, ejecutar y evaluar los programas para el desarrollo de sus propias respuestas integrales para el combate del VIH/SIDA. De ahí sus compromisos de aplicar estrategias, a nivel nacional, para hacerle frente al estigma, proporcionando la financiación posible para los tratamientos antirretrovirales, la protección de los derechos humanos y el fortalecimiento de las estructuras de atención, apoyo y tratamiento a las personas que viven con el VIH/Sida.

Sobre el tema se pronunciaron algunos ex-



El Dr. Montaner pronostica que "si se logra la universalización del acceso a los tratamientos antirretrovirales, que es el objetivo de las Naciones Unidas para 2010, podríamos tener una caída del 50 por ciento en la cantidad de nuevas infecciones"

ertos en el 8vo Simposio Internacional Sida 2006, organizado recientemente por la Fundación Huésped, durante cuatro días, en la Ciudad de Buenos Aires. Allí se analizaron los avances en la lucha contra la enfermedad, las nuevas estrategias de prevención y los desafíos actuales no resueltos en los tratamientos, entre otros temas.

Durante las sesiones plenarias, mesas redondas y simposios satélite, de actualización intensiva, donde se ofreció un panorama de la situación epidemiológica mundial, a 25 años del inicio de la epidemia, se discutieron, también, las novedades surgidas en la XVI Conferencia Internacional de SIDA 2006, realizada, recientemente, en Toronto, Canadá y se presentaron nuevas drogas para combatir dicho mal. Entre los disertantes estuvieron el Dr. Pedro Cahn, presidente de la Fundación Huésped y de la Sociedad Internacional de Sida (IAS); el director del Centro

En la Argentina, el 30% de los que reciben un diagnóstico positivo para el VIH se enteran de que está infectado sólo al ser internado tras haber desarrollado el Sida. En la foto, el obelisco porteño enfundado en un profiláctico gigante, como parte de una campaña oficial de prevención



for Excellence in HIV/AIDS, de la Columbia Británica, en Canadá, Profesor Julio Montaner, elegido presidente de la AIS para el período 2008-2010; el Director del Centro del Programa para la Investigación en Sida, en Sudáfrica, Dr. Salim Abdool Karim; entre otros directivos y autoridades internacionales.

Entre las conferencias más esperadas y concurridas del Simposio, durante la primera jornada, se encontraron las ofrecidas por el Dr. Julio Montaner, relacionada con los 10 años de la terapia HAART y la disertación del Dr. Pedro Cahn, donde se ofreció una valoración de la enfermedad en lo que va del año 2006. El Dr. Montaner, experto e investigador argentino-canadiense, radicado en Vancouver, enfatizó la necesidad de acercar los tratamientos antirretrovirales a la gente que los necesita, ya que no basta con que la terapia esté disponible. Al hablar de la experiencia que se realiza en Canadá, el médico manifestó que llevan adelante otro tipo de praxis para acercar aún más los tratamientos a los pacientes con VIH/SIDA. "Tenemos programas de 'tratamiento diario observado' en los que enfermeras y personal sanitario llevan la medicación a la casa del enfermo. Los resultados son excelentes, pero muy caros. Pero hay casos en los que si no, el paciente (drogadictos, personas sin dinero para comer o sin techo, con enfermedades mentales) no puede recibir la terapia. De ahí que ya no existen argumentos para que las políticas gubernamentales en la lucha contra el flagelo se agoten en ofrecer los medicamentos de for-

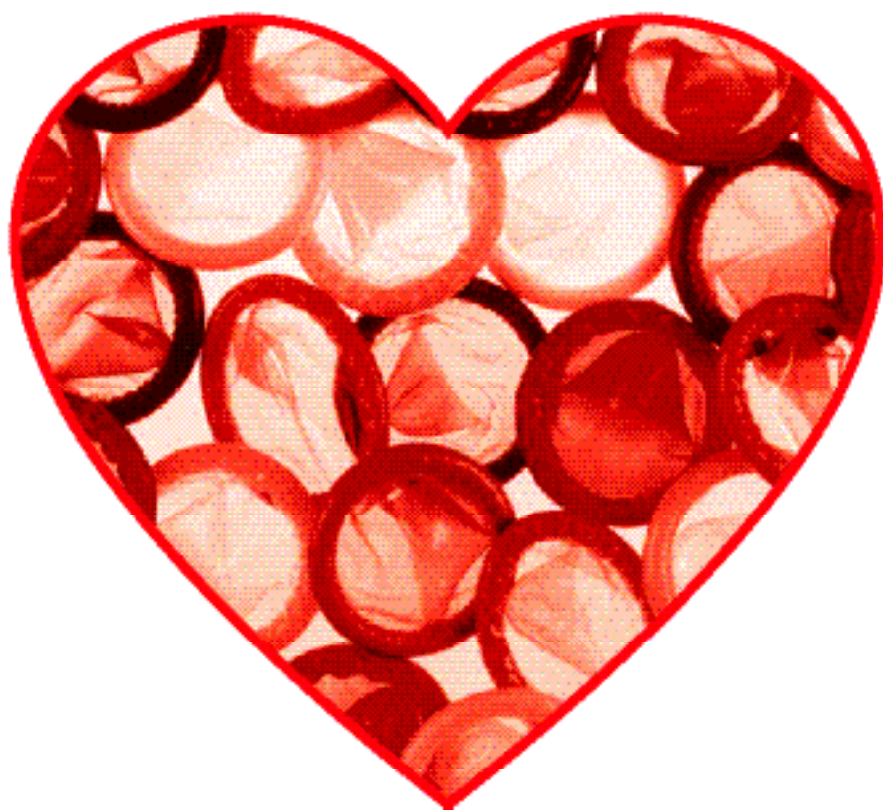
ma gratuita, sino que también los haga llegar a quienes lo necesitan", advirtió.

Por su parte, el Dr. Cahn resaltó que en la Argentina "hay entre 30 y 35.000 personas en tratamiento antirretroviral de las 90.000 personas con VIH que deberían estar recibiendo tratamiento". A renglón seguido indagó ¿por qué sólo ese porcentaje accede al tratamiento cuando el Estado provee la medicación antirretroviral en forma gratuita? "Nuestro sistema de salud es de puertas abiertas. Es gratuito. Nadie te impide la entrada. Pero si no llegas, mala suerte. Hay un problema de ineficiencia del sistema que hace que sólo puedan acceder los que tienen dinero para pagarse el viaje al hospital, un trabajo flexible como para no perder el presentismo o que tengan con quién dejar a los hijos mientras van a la mañana al hospital", acotó con pesar.

En la Argentina, las barreras de acceso no sólo se vuelven visibles en el reducido porcentaje de personas con VIH en tratamiento. Según estadísticas hospitalarias, hoy el 30% de los que reciben un diagnóstico positivo para el VIH se enteran de que está infectado sólo al ser internado tras haber desarrollado el Sida. "La única solución es salir a buscar a los pacientes y hacerle llegar la terapia a quienes lo necesitan", subrayó el experto, quien detalló que actualmente la Fundación Huésped, que preside, lleva adelante experiencias comunitarias para la descentralización del diagnóstico del VIH/SIDA y contribuye a la creación de grupos de conserjería y proyectos de intervención focalizada, en comunidades vulnerables, que trabajan en la detección de los enfermos y realizan la contención necesaria pre y post-diagnóstico.

Años atrás, había organismos, como el Banco Mundial, que sostenía la necesidad de invertir dinero en prevención y no en tratamiento —explicó el Dr. Cahn— pues posibilita "que se contagien menos personas y no hay que gastar tanto en tratamiento, decían entonces". Sin embargo, un estudio realizado por el Dr. Montaner, publicado, recientemente, en la revista *The Lancet*, establece que no se puede pensar la prevención del VIH/SIDA aisladamente del tratamiento. A través de un modelo matemático, el investigador demostró que la misma terapia antirretroviral que evita que el paciente infectado desarrolle Sida y fallezca también es beneficiosa para la sociedad, ya que disminuye drásticamente el contagio del virus. Hay que tener en cuenta que cada día hay 11 mil nuevos infectados y ocho mil muertes como consecuencia del VIH/SIDA.





POR AMOR... USALOS

“LA LUCHA CONTRA EL SIDA ES DE TODOS”



www.abcsalud.com.ar

E-mail: fundacion@abcsalud.com.ar

Av. Jujuy 615 - Cdad. de Buenos Aires - Tel.: 4941-1001

Curso para madres embarazadas

Disminuye las complicaciones del parto

LA INFORMACION PRECISA PERMITE A LA MADRE GANAR CONFIANZA Y SEGURIDAD EN SI MISMA. DICTADO POR PROFESIONALES DE LA SALUD, EL CURSO INCLUYE ACTIVIDADES TEORICAS Y PRACTICAS. LO OFRECE LA FUNDACION ABC EN FORMA TOTALMENTE GRATUITA

El Curso de Salud para la Madre Embarazada que brinda gratuitamente la Fundación ABC, brinda información clara, dinámica y concisa; se tratan tanto los aspectos teóricos del embarazo y la lactancia, como los aspectos prácticos

Esperaba a su primer hijo con ansiedad. Leía absolutamente todo lo que se publicaba en Internet, diarios y revistas. Nada la tranquilizaba. Y entraba en pánico cuando escuchaba los consejos -generalmente contradictorios- de sus seres queridos. Pero todo cambió cuando comenzó el curso de preparación para el parto.

Bibiana Mancinelli se encuentra al final de la "dulce espera". A los 31 años, cursa el octavo mes de embarazo y aguarda con placer la llegada de su primogénita, Juana. Está terminando de realizar el Curso de Salud para la Madre Embarazada que brinda gratuitamente la Fundación ABC y confiesa que hacer el curso la hace sentir una madre responsable. "Me abrió los ojos acerca de cómo actuar el día del parto y me llenó de calma la información que me dieron los profesionales de la diferentes ramas de la salud", dijo en una charla con **AHORA, la Salud**, unos minutos antes de comenzar su último módulo sobre nutrición.

El Curso de Salud para la Madre Embarazada, de la Fundación ABC, se creó hace un año con el objetivo de "brindar información a las futuras mamás para que tengan el poder sobre su cuerpo, es decir que se interioricen acerca de lo que les va a suceder el día del parto y puedan transmitirle a sus familias sus necesidades y pedidos", explicó Cynthia Sánchez, su coordinadora.

Fue diseñado por la médica obstetra Belén Piñeiro, la partera Cynthia Sánchez y la nurse Andrea Siritto. La información que brinda el curso es clara, dinámica y concisa; se tratan tanto los aspectos teóricos del embarazo y la lactancia, como los aspectos prácticos. Es en estos últimos, por lo general, donde hacen agua los cursos preparto, ya que requiere mucho más tiempo trabajar sobre el cuerpo a fin de enseñarle a las futuras mamás a manejar los diferentes tipos de respiración. El curso de la Fundación ABC da la posibilidad de que las madres concurren a las clases de gimnasia donde también se trabajan el pujo y la respiración.

"Comenzamos a principios de 2006. Actualmente, guiamos a más de 160 embarazadas que llegaron a nosotros a través obras sociales, empresas de medicina prepaga, hospitales y particulares. El curso es totalmente gratuito, tiene una duración de una hora y media cada módulo y se dicta tres veces por semana en avenida



El curso fue diseñado por la médica obstetra Belén Piñeiro y la partera Cynthia Sánchez, entre otras profesionales

Jujuy 615, primer piso, en el barrio de Once". Dado el éxito obtenido por la amplia concurrencia de madres desde diversos barrios de la Ciudad de Buenos Aires y el conurbano, la Fundación ABC proyecta abrir otros dos cursos, a dictarse en Belgrano y en Caballito a principios del año próximo.

Si bien la gran mayoría de las participantes fueron primerizas, también el taller contó con algunos casos de madres experimentadas. "Fue muy grato el haber recibido a una madre que iba a dar a luz a su cuarto hijo y sólo buscaba información sobre lactancia materna. Sin embargo, el curso cobró un gran interés para ella, a tal punto que se quedó hasta completarlo", destacó Cynthia.

La columna vertebral del taller es la preparación para el parto, pero también se profundizan otros aspectos de suma importancia: el lugar del papá y la crianza. "Apuntamos a ayudar a los padres a encontrar su lugar en el momento del alumbramiento, durante la lactancia y en el puerperio", explicó la coordinadora.

El curso consta de siete módulos diarios. Esta modalidad permite que el taller sea cíclico, es decir que las embarazadas se pueden sumar en cualquier momento sin perder ni repetir información. Preparación para el alumbramiento; trabajo de parto; cuidados post parto (puerperio); lactancia materna; la vida del bebé has-



Preparación para el alumbramiento; trabajo de parto; cuidados post parto (puerperio); y gimnasia (taller práctico donde se practica el pujo) son algunos de los temas a trabajar

ta el primer mes de vida (neonatología); nutrición de la madre y el niño; y gimnasia (taller práctico donde se practica el pujo) son los temas a trabajar.

La espera

El gran temor de las embarazadas tiene que ver con la identificación de los signos que anuncian el alumbramiento. "¿Tendré un parto en el taxi o en el hospital junto a mi esposo?, es la inquietud más común", reveló Cynthia. Por ello, las profesionales enseñan a reconocer los dolores de parto y los signos de alarma que indican indubitablemente que llegó el momento de dirigirse a una guardia médica.

Pero hay otros aspectos, tan importantes como el parto, que también requieren su abordaje: el puerperio y la lactancia. En el primero se revalorizan los controles obstétricos. "Por lo general, luego del parto la mujer está tan

ocupada cuidando a su bebé que desatiende su propia salud. No es extraño que vuelva a quedar embarazada mientras da de mamar, razón por la cual hacemos hincapié en la necesidad de utilizar métodos anticonceptivos durante el amamantamiento. Brindamos toda la información para que puedan hacer uso de los métodos anticonceptivos que ofrecen gratuitamente los hospitales desde la sanción de la Ley nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable", sostuvo la profesional.

En las charlas sobre lactancia se trabajan los mitos que la hacen fracasar, las diferentes posiciones para dar de mamar y la importancia del cuidado de las mamas.

Cómo y cuándo preparar el bolso para ir a la clínica es otro tópico que inquieta a las futuras mamás. Este aspecto se trata en el módulo de neonatología, que también incluye información sobre los cuidados del bebé hasta el primer mes de vida. Se abordan las precauciones que hay que tener con las primeras visitas al recién nacido, el primer baño, las vacunas obligatorias, la prevención de accidentes en el hogar y la relación con los hermanos.

La clase de nutrición profundiza en la alimentación adecuada que debe llevar adelante la madre para tener una lactancia exitosa. "Muchas mamás creen que una vez que nació el bebé, pueden ponerse a régimen. No saben que esto atenta contra la lactancia", explicó la coordinadora. También se informa sobre los alimentos que necesita el bebé en cada etapa de crecimiento.

La Fundación ABC invita a las futuras mamás a participar del Curso de salud para la madre embarazada. El encuentro puede ser en cualquier momento de la etapa gestacional: "Siempre es mejor comenzar a preparar el cuerpo para recibir al bebé de manera temprana - recordó Cynthia-. Luego de los cursos, las madres pueden continuar con las clases de gimnasia y pujo a fin de llegar en un buen estado físico a la hora del parto. Y así, comenzar esta nueva etapa sin tantas angustias ni temores".

Sin duda, la información que se da en los cursos prenatales sirve para tener un parto más relajado y con menos complicaciones. En ellos se aprende a reconocer las señales que brinda el cuerpo y todo lo relacionado con el cuidado del recién nacido. Además, es un espacio donde la pareja puede volcar sus inquietudes y angustias y recibir una contención adecuada.

¿COMO CONECTARSE?

El Curso de Salud para la Madre Embarazada de la Fundación ABC es totalmente gratuito, incluye clases teóricas y prácticas donde se trabaja el pujo y se realiza gimnasia. Las interesadas pueden comenzar en cualquier momento de la etapa gestacional. Para mayor información comunicarse con la coordinadora Cynthia Sánchez o la Dra. María Belén Piñeiro al 4941-1001. E-mail: fundacion@abcsalud.com.ar



Avanza la Campaña por la Concienciación sobre la Psoriasis, de AEPSO

El 24 de octubre último, la Asociación Civil para el Enfermo de Psoriasis (AEPSO) organizó la jornada principal de la Campaña por la Concienciación sobre la Psoriasis, en el Salón Dorado de la Legislatura porteña, donde asistieron médicos, pacientes, educadores y autoridades del Gobierno. El encuentro fue en el marco del Día Internacional de la Psoriasis, que se celebra cada 29 de octubre.

Silvia Fernández Barrio, directora ejecutiva de AEPSO y miembro del Comité Directivo del World Psoriasis Day, coordinó la jornada que contó con la apertura de la Diputada Porteña Mirta Onega y la disertación de reconocidos especialistas como el Dr. Alberto Ré, de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial; la Dra. Marcela de la Plaza, de la Fundación Argentina de Diabetes; y miembros del Consejo Médico Asesor de AEPSO. Los pacientes tuvieron un rol protagónico en el marco del debate acerca de "La discriminación y la no inclusión social".

"AEPSO es la voz de los pacientes", afirmó Fernández Barrio y abrió así el diálogo entre pacientes y médicos. La Lic. Rosi Faur Ikonikoff dijo: "Como paciente considero que es fundamental que haya más información y concienciación de los médicos y también del Estado acerca de lo que significa esta enfermedad".

"Cuando uno les dice a los pacientes que vienen con una consulta por las uñas o el pelo, que la psoriasis no tiene cura, les está diciendo una verdad pero también les está cerrando una cortina. Es una enfermedad que si bien no tiene cura, si tiene control. Tenemos recursos como no los teníamos hace 10 años atrás", dijo el Prof. Dr. Alberto Woscoff. El especialista hizo alusión al costo de los tratamientos, pero instó a no abandonarlos en términos de lo que implican para el mejoramiento de la calidad de vida.

En este contexto, la Diputada Onega se comprometió a elevar a instancias nacionales una declaratoria con el pedido de que los tratamien-



tos de psoriasis sean considerados en el Programa Médico Obligatorio, para que el paciente pueda contar con algún tipo de cobertura de su medicación.

Tanto el Consejo Médico como los representantes de AEPSO a nivel provincial repararon en la necesidad de convencer al paciente de hacerse los estudios necesarios, continuar con los tratamientos y acudir también a médicos especialistas en comorbilidades de la psoriasis, ya que esta enfermedad se asocia a otras como diabetes, hipertensión, obesidad y depresión.

Promediando el mediodía los asistentes hicieron un abrazo simbólico a la Legislatura y usaron máscaras blancas que tiraron al aire para "desenmascarar" la discriminación a la que son sometidos.

El cierre de la jornada estuvo a cargo de Fernández Barrio quien agradeció el compromiso de todos los asistentes con la salud y el porvenir de los enfermos de psoriasis, por los testimonios de vida ofrecidos y por el apoyo a la meta de AEPSO: mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Para mayor información:
AEPSO.

Av. de Mayo 749 8° "48"
(C1084AAP)
Ciudad de Buenos Aires.
Tel.: 4342-1874/8328.

LINEA GRATUITA NACIONAL:
0800-22-AEPSO (23776).

CONTACTO
info@aepso.org
PÁGINA WEB
www.aepso.org

FORO
www.aepso.org/local-cgi/ToForo/index.cgi

Novedades terapéuticas

Hepatitis crónica inducida por virus de hepatitis C

SU TRATAMIENTO ACTUAL, LIMITACIONES E IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO PRECOZ; MEJOR COMPRESION DE LOS MECANISMOS DE ACCION DE FARMACOS Y DE LAS CAUSAS DE RESISTENCIA, ENTRE OTROS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA INFECCION POR ESTE VIRUS QUE AFECTA APROXIMADAMENTE AL 2 % DE LA POBLACION MUNDIAL

• Por el Dr. Marcelo O. Silva*

• Para la Redacción de **AHORA, la Salud**



Gracias a los avances recientes de la medicina molecular, hoy se está tratando de identificar las variantes genéticas del huésped, potencialmente responsables de la resistencia al tratamiento

La infección por el virus de la hepatitis C es una epidemia silenciosa que afecta aproximadamente al 2 % de la población mundial según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se transmite generalmente a través del uso de jeringas infectadas, transfusiones de hemoderivados, hemodiálisis crónica, trasplante de órganos y a través del contacto sexual, aunque de manera menos eficiente que el virus del VIH.

Característicamente una proporción mayoritaria de los infectados evoluciona de manera silenciosa a hepatitis crónica, siendo la cirrosis y el cáncer primario de hígado sus complicaciones más temidas. Estas ocurren en aproximadamente 20-30 % de los pacientes con hepatitis crónica luego de un periodo variable entre 20 y 30 años.

Dado que el pico de incidencia de esta infección probablemente haya ocurrido aproximadamente hace 20 o 30 años atrás, es dable esperar para esta década una explosión de pacientes con cirrosis y hepatocarcinoma asociadas al HCV.

Tal es así que en la actualidad la cirrosis por HCV ya es la indicación número uno de trasplante hepático en adultos y la causa más frecuente de hepatocarcinoma.

Tratamiento actual, sus limitaciones e importancia del tratamiento precoz. La administración de interferón pegilado asociado a la ribavirina es hoy el tratamiento estándar de esta afección. En términos generales, 64% del total de los pacientes tratados con este esquema terapéutico erradican la infección por HCV de forma sostenida. La tasa de respuesta y la duración del tratamiento difieren en función del subtipo de virus que genera la infección, en aquellos pacientes infectados por el genotipo 1 la tasa de respuesta es del 50%, luego de 12 meses de tratamiento. En cambio, cuando la infección es producida por genotipos 2-3, la tasa de respuesta es superior al 80%, luego de solo seis meses de tratamiento.

Estos datos reflejan ciertamente la importancia de efectuar diagnóstico precoz de esta dolencia para poder tratar a los pacientes antes de que desarrollen enfermedad avanzada,



Otras novedades importantes en el área de la HCV vienen de la mano de las drogas antivirales en desarrollo que ya están en las fases más preliminares de la investigación clínica

como así también la necesidad de mejorar aún más las opciones terapéuticas actuales.

Mejor comprensión de los mecanismos de acción de los fármacos actuales y de las causas de resistencia. La resistencia al tratamiento está condicionada por múltiples y variados factores, entre los que debemos destacar no solo el subtipo y la cantidad de virus, sino también aspectos propios del huésped como su origen étnico, su género, edad y el estadio histológico de la enfermedad.

Gracias a los avances recientes de la medicina molecular, hoy se está tratando de identificar las variantes genéticas del huésped, potencialmente responsables de la resistencia al tratamiento. De poder corroborarse un perfil genético de no respuesta, se podría identificar anticipadamente a los no respondedores y evitar así el mal uso de un recurso terapéutico costoso y no libre de toxicidad.

La profundización del conocimiento en esta dirección es importantísima para poblacio-





El desarrollo de nuevas moléculas o principios activos por parte de la industria farmacéutica lleva decenas de años y millones de dólares en inversión. Se trata de una carrera por salvar a la humanidad de las principales enfermedades que la azotan

nes especiales de pacientes como los afroamericanos y los hispanos, quienes característicamente tienen menor respuesta al tratamiento que los caucásicos.

En esta misma línea de conocimiento se destaca la reciente publicación del estudio COMPARE, en el cual se evaluaron ambos interferones pegilados: el Pegasys (alfa 2^a) y al Pegintron (alfa 2b), en pacientes portadores de genotipo 1.

En este estudio se compararon la cinética de los fármacos, su capacidad de inducir genes de respuesta y finalmente su actividad antiviral en el corto plazo. Como era de esperar, los pacientes no respondedores tuvieron una menor inducción de los genes responsables del status antiviral de las células cuando se los comparó con los respondedores. Otro dato significativo fue que los tratados con el interferón pegilado alfa 2b tuvieron mayor inducción génica y por ende más rápida y profunda actividad antiviral temprana pese a tener una menor exposición al fármaco.

Dicho perfil de respuesta inicial permite obtener periodos más prolongados de viremia no

detectable al momento de la finalización del tratamiento.

Nuevos datos sobre cinética viral y su importancia en la redefinición de estrategias terapéuticas. Esta mayor duración del HCV-RNA negativo durante la fase de tratamiento podría redundar en una menor tasa de recidiva y en esquemas terapéuticos más cortos. Esta hipótesis es sustentada desde el rincón clínico por los estudios de Mangia y Zeu Zeum, quienes encontraron que aquellos pacientes con viremia negativa a las cuatro semanas de iniciado el tratamiento pueden ser tratados por periodos más cortos que los originales sin perder eficacia.

La importancia de estos hallazgos se decanta por sí sola, ya que no solo permiten optimizar la costo-efectividad terapéutica y sino que también mejoran la adherencia y perfil de toxicidad.

Nuevas drogas en desarrollo. Otras novedades importantes en el área de la HCV vienen de la mano de las drogas antivirales en desarrollo que ya están en las fases más preliminares de la investigación clínica. Desde un punto de vista práctico podemos clasificarlas en aquellas drogas que son variantes o modificaciones de las ya establecidas, los nuevos antivirales propiamente dichos y por último aquellas drogas nuevas que pueden mejorar la adherencia al tratamiento.

Entre los primeros podemos destacar al albuferon y la viramidina, dentro de los segundos a los inhibidores de las proteasas y de las polimerasas del virus de la hepatitis C, y finalmente en el último grupo a los nuevos factores estimulantes de plaquetas.

Variantes nuevas de las drogas ya establecidas. El albuferon resulta de la fusión de una molécula de la albúmina y del interferón. El objetivo de fusionar ambas moléculas ha sido similar al de los interferones pegilados, es decir prolongar la vida media plasmática del fármaco. Diversos ensayos preliminares han



UNA PROPORCION MAYORITARIA DE LOS INFECTADOS EVOLUCIONA DE MANERA SILENCIOSA A HEPATITIS CRÓNICA, SIENDO LA CIRROSIS Y EL CANCER PRIMARIO DE HIGADO SUS COMPLICACIONES MAS TEMIDAS

demostrado que el albuferon mantiene similar eficacia antiviral que los interferones pegilados, pero con la ventaja de una aplicación cada dos semanas. Queda por definir si más allá de su administración más conveniente, este producto ofrece también una mayor eficacia comparativa en pacientes previamente no respondedores.

La viramidina, una pro-droga de la ribavirina, ha sido estudiada con el objeto de mejorar la tolerancia y por lo tanto adherencia al tratamiento. Es bien sabido que una de las causas más frecuentes de disminución de la dosis de ribavirina y de eventual suspensión del tratamiento es la anemia hemolítica inducida por ribavirina. A diferencia de esta, la viramidina se transforma en ribavirina principalmente en el hígado evitando así su acumulación intra eritrocitaria y posterior hemólisis. Los estudios fase III ya concluidos han podido demostrar que la viramidina ciertamente induce menos anemia, pero lamentablemente no han podido demostrar no inferioridad respecto al régimen terapéutico convencional. Una de las explicaciones potenciales para esta menor tasa de respuesta puede ser que la droga en estudio se administró en dosis fijas y no en dosis ajustada a peso, elemento que ya ha sido definido como estratégico cuando se estudió la eficacia de la ribavirina. Otra explicación posible aún no evaluada, es que la conversión intra hepática de la viramidina en ribavirina es inducida por una enzima denominada adenosina de aminasa. Dicha enzima tiene varios polimorfismos que hacen que su capacidad de conversión en ribavirina sea diferente en función de las características genéticas del huésped. Nuevos estudios con viramidina ajustada al peso del paciente están en desarrollo para responder las preguntas.

Nuevos antivirales. El reciente acceso a sistemas de replicación del virus de la hepatitis C (HCV) ha permitido un mejor y más detallado conocimiento de sus mecanismos de replicación y por ende de la identificación de nuevas dianas terapéuticas. Entre ellas se



La investigación biotecnológica apunta a optimizar la costo-efectividad de los tratamientos y mejorar la adherencia y el perfil de toxicidad, entre otros aspectos

destacan los inhibidores de las proteasas y de la polimerasas del HCV. El VX-950 es un potente inhibidor de la proteasa NS3 del HCV. En estudios iniciales demostró, en pacientes naïves a tratamientos previos, ser capaz de disminuir 4 log₁₀ el HCV-RNA en solo 14 días de tratamiento. El inconveniente de esta droga es la rápida aparición de variantes mutantes resistentes al mismo. Es así que en los estudios subsiguientes se planeó el tratamiento combinado con el interferón pegilado obteniéndose negativización del HCV-RNA en todos los pacientes a solo 28 días de tratamiento.

Otro inhibidor de proteasa que está siendo actualmente evaluado en fases clínicas es el SCH 503034. En los estudios iniciales con este fármaco, el inhibidor de proteasa fue combinado con peg- interferón alfa 2b desde el inicio, pero a diferencia del anterior, se lo administró a pacientes previamente refractarios al interferón-ribavirina.

En los pacientes tratados con la combinación del peg- interferón e inhibidor de protea-

EL RECIENTE ACCESO A SISTEMAS DE REPLICACION DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C (HCV) HA PERMITIDO UN MEJOR Y MAS DETALLADO CONOCIMIENTO DE SUS MECANISMOS DE REPLICACION Y POR ENDE DE LA IDENTIFICACION DE NUEVAS DIANAS TERAPEUTICAS

La clave no es solo estar al tanto de los nuevos desarrollos de moléculas terapéuticas, sino también en mejorar la detección del problema y su tratamiento precoz antes de que la cirrosis esté ya constituida



sa se obtuvo una caída del HCV-RNA de 2.5-3.0 log₁₀. Mientras que en el grupo tratado con peg- interferón y ribavirina la caída de la carga viral fue de solo 1.1 log₁₀. Otro inconveniente de este grupo de fármacos es el tener una vida media plasmática corta y por lo tanto la consiguiente necesidad de administrarlos en dosis altas repartidas en 3 tomas diarias, elementos que de por si limitan su aplicabilidad cuando debe ser administrado por tiempos prolongados. Por estas razones es que hoy se está evaluando la posibilidad de administrarlos en forma conjunta con drogas inhibidoras del citocromo P450 que prolonguen su vida media plasmática.

Respecto a los inhibidores de la polimerasa viral, la droga que más ha avanzado en las fases de investigación es el NM-283, de la cual se han publicado los resultados de los ensayos clínicos fase II. Esta droga ha sido diseñada para inhibir la polimerasa NS5b del virus de la hepatitis C. Cuando se la administra como monoterapia parece tener menor eficacia que los inhibidores de las proteasas, pero sus resultados lucen más prometedores cuando se la ha administrado en combinación con los interferones pegilados tanto en pacientes naives como en no respondedores. El HCV-796, otro inhibidor de polimerasas del HCV que está en una fase más preliminar de desarrollo ha

demostrado poseer una potente actividad antiviral, observándose una caída del HCV-RNA en suero de hasta 5-6 log₁₀ en un estudio de reciente presentación.

Aunque hasta la fecha estas drogas han sido administradas solas o en combinación con los interferones pegilados sería deseable ver que en un futuro próximo se las administre combinadas entre ellas, con o sin los interferones.

Nuevos factores estimulantes. La trombocitopenia inducida por los interferones pegilados es otra de las causas más frecuentes de disminución o interrupción del tratamiento. Dichas limitaciones son particularmente comunes de observar en los pacientes con cirrosis ya establecida por la existencia de trombocitopenia previa al tratamiento secundaria al hipersplenismo de los pacientes.

El trombopag es un factor estimulante de plaquetas que se administra en forma oral y que ya ha avanzado a estudios fase II donde ha demostrado buenos resultados y tolerancia. De confirmarse su eficacia en ensayos más amplios y extendidos, este tipo de fármaco cumpliría un rol estratégico en el tratamiento de los pacientes cirróticos en la fase del pretrasplante ya que permitiría un tratamiento adecuado y así intentar prevenir eficazmente la recurrencia de la infección en el postrasplante

Comentarios finales. Estamos en un momento de mucho entusiasmo por la explosión de información referida a los novedosos tratamientos que se anuncian para la pandemia silenciosa del HCV. Creo importante enfatizar que la clave no es solo estar al tanto de los nuevos desarrollos de moléculas terapéuticas, sino también en mejorar significativamente la detección del problema y su tratamiento precoz antes de que la cirrosis esté ya constituida. De esta manera es que ciertamente podremos ayudar a disminuir el tremendo impacto que la misma proyecta para esta década.



* Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático del Hospital Universitario Austral; Unidad de Investigación Clínica de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Austral



Trabajamos cada día
por la confianza que Usted
ha puesto en nosotros

En Schering-Plough
renovamos cada día
el compromiso que asumimos
con profesionales y pacientes.

A través de la investigación
y el desarrollo permanente
de medicinas innovadoras,
brindamos productos de calidad
que mejoran la salud
y el bienestar de la gente
en todo el mundo.

Schering-Plough S.A.



 Schering-Plough

Red de Farmacias



Siempre cerca del paciente

Estamos convencidos que la excelencia en la atención farmacéutica, que día a día realizamos, se basa en priorizar la persona y sus necesidades terapéuticas

Sucursales

Farmacia Jujuy

Av. Jujuy 601, Balvanera,
Tel.: 4932-1336/7, CABA

Farmacia Mitre

Bartolomé Mitre 1902, Balvanera,
Tel.: 4953-0004, CABA

Farmacia La Plata

Av. La Plata 140, Caballito,
Tel.: 4983-5445, CABA

Farmacia Cabildo

Av. Cabildo 2675/85, Belgrano,
Tel.: 4100-5100, CABA

Farmacia Diagonal

Bmé. Mitre 613,
Barrio de San Nicolás
Tel.: 4322-4666, CABA

Farmacia Centro Galicia

Bmé. Mitre 2542, Balvanera,
Tel.: 4953-1717, CABA

Farmacia Rivadavia

Av. Rivadavia 6379/81, Flores,
Tel.: 4633-7171, CABA

Farmacia H. Pueyrredón

Honorio Pueyrredón 801, CABA
Tel.: 4983-6093

Farmacia San Martín

Av. San Martín 2742, Paternal,
Tel.: 5779-0423, CABA

Farmacia Montes de Oca

Av. Montes de Oca 1109, Barracas,
Tel.: 4303-3636, CABA

Farmacia Córdoba

Av. Alvear 298, Tel.: 0351-424 6205
Ciudad de Córdoba

Farmacia Garay

Av. Garay 4144, Boedo,
Tel.: 4925-2800, CABA

Farmacia Lavalle

Lavalle, esq. Rodríguez Peña,
Balvanera, Tel.: 4371-8037,
CABA

Farmacia Azcuénaga

Azcuénaga 1009, CABA
Tel.: 5778-0577

PROXIMAS APERTURAS

Bolívar 580, Monserrat, CABA

Santa Fe 4800, esq. Humboldt,
Palermo, CABA

Malabia 598, Ramos Mejía,
Pcia. de Buenos Aires



Farmacia La Plata



Farmacia Garay



Farmacia Rivadavia



Farmacia Jujuy



Farmacia Cabildo



Farmacia Córdoba



Farmacia Mitre



Farmacia Rodríguez Peña



Farmacia H. Pueyrredón



Farmacia Diagonal



Farmacia Centro Galicia



Farmacia Azcuénaga



Farmacia Montes de Oca



Farmacia San Martín